

INTERVENCIÓN DESDE EL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO EN UN CASO DE INMADUREZ INTRA E INTERPERSONAL

Trabajo Fin de Máster

Realizado por **Victoria Jariego Cordero**

Dirigido por la Dra. en Psicología **María Márquez González**

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Modalidad 1. Estudio de un caso clínico

Máster en Psicología General Sanitaria

Curso académico 2017/2018

Resumen: este trabajo presenta un estudio de caso único abordado desde el enfoque transdiagnóstico. Concretamente se expone el caso de M., un joven de 21 años cuyo motivo de consulta es malestar emocional e incertidumbre sobre qué hacer en este momento de su vida tras no haber logrado conseguir uno de sus sueños. La evaluación se realizó mediante entrevista y los cuestionarios BDI-II, Escala de Autoestima de Rosenberg, ISRA, EHS y MMPI-II. La intervención ha estado enmarcada en la clarificación y compromiso con los valores de M. y ha compaginado técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitivo-Conductual. Si bien el proceso terapéutico aún continúa activo, por lo que no se han logrado todos los objetivos propuestos, sí se pueden observar mejorías significativas en la mayoría de ellos.

Grado de participación: La autora de este trabajo ha intervenido como terapeuta del caso clínico que se presenta a continuación, realizando el diseño de la evaluación, la formulación del caso, el diseño y aplicación del tratamiento, y la valoración de los resultados con el apoyo y supervisión de Patricia Gutiérrez Albaladejo, psicóloga y socia cofundadora de Centro TAP.

ÍNDICE

Resumen	0
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Modelos explicativos	3
1.2. Regulación emocional.....	4
1.3. Valores	5
2. CASO CLÍNICO	7
2.1. Descripción del caso	7
2.2. Instrumentos de evaluación y resultados	9
2.2.1. Entrevista semiestructurada.....	10
2.2.1. Cuestionarios	10
2.3. Formulación clínica y objetivos terapéutico	18
2.3.1. Hipótesis de origen.....	19
2.3.2. Hipótesis de mantenimiento	20
2.4. Objetivos terapéuticos.....	22
2.5. Intervención	24
2.5.1. Evaluación	24
2.5.2. Intervención.....	33
3. RESULTADOS	45
4. CONCLUSIONES	49
5. REFERENCIAS	51
ANEXO 1. Perfil obtenido en la evaluación de M. en el MMPI-2.....	55
ANEXO 2. Contrato terapéutico y consentimiento informado	57
ANEXO 3. Registro de acciones comprometidas con los valores de M.....	58
ANEXO 4. Información facilitada para realizar el análisis DAFO	59

1. INTRODUCCIÓN

El transdiagnóstico es un enfoque científico convergente e integrador basado en un planteamiento dimensional, cuyo objetivo es identificar los procesos psicológicos que subyacen a diferentes psicopatologías (Estévez, Ramos y Salguero, 2015). Desde esta perspectiva, se muestran los déficits de la conceptualización categorial de la psicopatología al demostrar la elevada comorbilidad entre diferentes trastornos, sobre todo, en los trastornos emocionales (Sandín, 2012).

Las primeras aportaciones al transdiagnóstico están basadas en la aplicación de las teorías del aprendizaje, condicionamiento clásico y operante, a la explicación de la conducta anormal. Además, ya en los años sesenta, se introdujeron conceptos transdiagnósticos como las dimensiones de personalidad de neuroticismo, extraversión y psicoticismo por Eysenck; la asociación realizada por Ellis entre los trastornos emocionales y determinados procesos cognitivos de pensamiento emocional como la tolerancia a la frustración, el catastrofismo y la exigencia; y la teoría de Beck basada en la existencia de creencias y actitudes negativas que conllevan sesgos cognitivos o sesgos en el procesamiento de la información (Sandín, 2012). Más adelante, para explicar los problemas de ansiedad y depresión desde el transdiagnóstico, Clark y Watson (1991, citado en Sandín, 2012; Estévez et. al, 2015) desarrollaron el modelo tripartito constituido por un factor general común, el afecto negativo y, dos factores específicos, bajo afecto positivo para la depresión e hiperactivación fisiológica para ansiedad.

Posteriormente, se desarrolla una teoría psicopatológica y un tratamiento unificado de los trastornos emocionales en el que se pone de manifiesto, como principios psicopatológicos transdiagnósticos, la atención autofocalizada (auto-preocupación neurótica), la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción, y la evitación (Barlow, Allen y Choate, 2004).

El Protocolo Unificado (PU) está basado en aportaciones cognitivo-conductuales con el objetivo de integrar principios comunes de los tratamientos avalados empíricamente. En concreto, la reevaluación de las interpretaciones negativas, la modificación de conductas desadaptativas, la prevención de evitación emocional y la utilización de procedimientos de exposición emocional, así como el abordaje de déficits

en la regulación emocional, comunes en los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015).

1.1. Modelos explicativos

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es uno de los modelos con mayor validez y eficacia científica demostrada, además de ser tratamiento de elección para trastornos específicos, como el trastorno de pánico (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010). Sin embargo, tanto en la intervención clínica como en la investigación se han observado dificultades en el tratamiento de personas con características comórbidas a varios trastornos.

Una de las posibles explicaciones puede radicar en que, desde el modelo cognitivo-conductual, se entiende que los pensamientos son siempre el origen de las emociones y las conductas. Sin embargo, se ha demostrado que esto no siempre es así, ya que la emoción puede influir en los procesos cognitivos haciendo que se actúe de una u otra manera (Hayes, 2008).

En consecuencia, en las últimas décadas, se ha producido la evolución de las Terapias Contextuales o de Tercera generación, destacando entre todas, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). A diferencia de la TCC, cuyos objetivos son modificar y/o disminuir las creencias y pensamientos disfuncionales, así como cambiar el comportamiento y estrategias de afrontamiento de las personas (Losada et al., 2015). Desde ACT, se persigue la aceptación de los eventos privados inevitables o difíciles de cambiar, la flexibilidad cognitiva y el fortalecimiento del yo como contexto, todo ello ligado a los valores propios del individuo con el que se realice la intervención (Wilson y Luciano, 2015).

A pesar de que la TCC y ACT presentan diferencias en la conceptualización de algunos términos y métodos de intervención, no son enfoques incompatibles, sino que pueden ser, en gran medida, teorías complementarias. De hecho, uno de los autores de la ACT plantea explícitamente que es posible integrar los métodos de la terapia de aceptación y compromiso en la terapia cognitivo-conductual tradicional y viceversa (Hayes, 2008).

Las terapias de tercera generación proponen reutilizar técnicas que no tenían, hasta el momento, suficiente apoyo empírico pero que se están investigando en la

actualidad. Además, en 2012, la American Psychological Association (APA) publicó un documento sobre la eficacia de la psicoterapia donde se definen como terapias eficaces, todas aquellas que han demostrado serlo en estudios controlados y aleatorizados realizados a través de criterios metodológicos. Entre estas intervenciones se incluyen: terapia de conducta y cognitivo-conductual, terapias contextuales o de tercera generación, la psicoterapias psicoanalítica y psicodinámica, la psicoterapia humanista y la terapia sistémica (APA, 2012 citado en Márquez, 2016).

Las técnicas fundamentales en la intervención desde ACT son las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. El uso de metáforas hace que se establezca un contexto verbal en el que se permite socavar la lógica razonada del individuo como mecanismo de control de la evitación, además, se recuerdan con facilidad. Con las paradojas se reflejan las contradicciones entre la literalidad y la funcionalidad de las reglas de evitación. Y los ejercicios experienciales permiten contactar con la experiencia del yo-contexto y, en consecuencia, con las barreras que cada persona tiene para hacer frente a las diversas adversidades (Wilson y Luciano, 2015).

En este momento, se puede afirmar que ACT es una perspectiva transdiagnóstica debido a que defiende que los procesos de evitación experiencial y fusión cognitiva son transversales a muchos cuadros diagnósticos de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y adicciones, entre otros (Ruiz, 2010). Esta es una de las razones por las que no se potencia el desarrollo de un protocolo de intervención específico desde la perspectiva ACT.

1.2. Regulación emocional

Las emociones no solo están implicadas en los trastornos emocionales, de hecho, la forma en la que se regulen puede ser un factor fundamental en la evolución de algunos trastornos mentales. En varios metaanálisis (citados en Reyes, 2013) se ha verificado que existen ciertas estrategias de regulación emocional que son ineficaces, entre ellas, la evitación situacional, conductas de seguridad y control, la distracción y la evitación cognoscitiva, la preocupación y la acción impulsiva motivada por la emoción (Werner y Cross, 2010). Estas estrategias son reforzadas por su efectividad a corto plazo, sin embargo, a largo plazo limita las acciones dirigidas hacia otras metas y valores, al centrar la energía en reducir el malestar (Hayes, Stroschal y Wilson, 2003).

Se ha propuesto un Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE) basado, fundamentalmente, en principios conductuales-contextuales, en la teoría del trastorno por evitación experiencial y en estrategias de terapias contextuales basadas en la aceptación y el mindfulness. Para desarrollar este modelo se implementan técnicas de aceptación y validación, modificación cognitiva, desarrollo de habilidades de afrontamiento y estrategias centradas en valores (Reyes, 2013). Se trata de un modelo incluido en la perspectiva transdiagnóstica ya que enfatiza en la intervención de procesos psicológicos compartidos por diversos trastornos clínicos.

1.3. Valores

El estudio de los valores constituye un campo interdisciplinario comprendiendo numerosos niveles de análisis, por ejemplo, económico, antropológico, sociológico y psicológico (Páez, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006).

Los valores han estado presentes en la sociedad desde épocas muy antiguas, sin embargo, en función de la cultura y de la etapa evolutiva se han ido produciendo cambios en la percepción de estos. De hecho, las culturas más antiguas proponían estilos de vida basados en valores diferentes a los que ahora se recogen en la cultura Occidental. Por ejemplo, las civilizaciones judeocristiana y musulmana en Europa y en la cultura védica de la India, entre otras, perseguían el éxito de sobrevivir cada día con dignidad y respeto considerando el esfuerzo, especialmente físico, como la clave para conseguirlo. En cambio, ahora, nuestra sociedad ofrece situaciones más placenteras e inmediatas por lo que la idea de éxito es muy diferente, dejando a un lado la calidad de vida y pretendiendo conseguir eficacia en los objetivos planteados tratándose, en muchas ocasiones, únicamente de imagen y apariencia (Ramírez, 2000).

Actualmente, entre los valores fundamentales que se reconocen en nuestra sociedad parecen estar el dinero, la salud y el amor, siendo el primero de ellos concebido como clave para tener éxito. Además, se ha observado que el poder y la influencia en los demás son piezas fundamentales, aunque la mayoría de las personas no lo reconozcan por vergüenza, y que existe cierto miedo a no ser aceptado por los demás (Ramírez, 2000). Esta necesidad de aceptación puede hacer que en muchas ocasiones se produzcan comportamientos histriónicos, caracterizados por un repertorio de sentimientos y afectos lábil y superficial, así como una excesiva preocupación por reclamar atención y tener buena apariencia (Belloch y Fernández, 2005).

El desarrollo de las nuevas tecnologías y, por ende, de las redes sociales está constatando e incrementando esta necesidad de aceptación, sobre todo, en adolescentes y jóvenes. Diversos estudios han mostrado que, tanto las páginas web como las redes sociales, influyen en la construcción de las relaciones sociales y de la identidad (Tortajada, Araña y Martínez, 2013; Bernal y Angulo, 2013).

Las redes sociales permiten crear un perfil, público o semipúblico, a través del cual se puede compartir relaciones, experiencias, contenidos, etc. cobrando mayor importancia las fotos. Entre los factores que explican la elección de una determinada fotografía destaca, aparecer lo mejor posible y proyectar una imagen deseada de sí mismo, es decir, representarse de forma que puedan gustar a los demás para obtener relaciones deseables (Torjada et al., 2013). En consecuencia, se está dando gran importancia al valor de la imagen y la belleza ya que, de esto dependerá ser más o menos popular en las redes sociales.

El éxito para un porcentaje notable de población adolescente y jóvenes de nuestra sociedad actual parece radicar en ser valorados a través de las redes sociales. Por tanto, se potencia el desarrollo de comportamientos histriónicos para conseguir llamar la atención, aunque esto suponga la creación de perfiles basados en estereotipos y cánones de belleza. En muchas ocasiones, bajo esta necesidad de aprobación o, deseabilidad social, es habitual encontrar perfiles con tendencia a baja autoestima que esperan la valoración positiva de los demás para sentirse apreciados e importantes.

Las actitudes y aptitudes de las personas están directamente relacionadas con el éxito y el fracaso de éstas, en cambio, habitualmente relacionamos los resultados obtenidos a la suerte. Por tanto, las habilidades sociales y la capacidad para resolver problemas son herramientas que, en función de su manejo, influirán en la autopercepción de las personas como seguras y exitosas o, por el contrario, inseguras y fracasadas (Ramírez, 2000). Además, otros estudios realizados están mostrando que ciertas cualidades emocionales juegan un papel importante para conseguir el éxito destacando la empatía, la expresión y comprensión de los sentimientos, la capacidad de adaptación y el respeto, entre ellas (Ruiz, 2000).

Llegados a este punto, tras hablar de estrategias y cualidades para conseguir el éxito, cabe plantearse qué se entiende por éxito, definido por la Real Academia Española (RAE) como el “resultado feliz y satisfactorio de un asunto”. Desde la

psicología, se entiende que el éxito está relacionado directamente con lo que cada individuo desea y, en consecuencia, hay diferentes maneras de ser exitoso. En el punto opuesto estaría el fracaso, definido por la RAE como “malogro, resultado adverso de una empresa o negocio; suceso lastimoso, inopinado y funesto” y, relacionado con la ineficacia, esperada o real, para ser capaz de conseguir objetivos.

Por tanto, si queremos conseguir éxito en alguna faceta de nuestra vida, el primer paso será identificar qué queremos para así poder determinar las acciones que hay que llevar a cabo. Este proceso requiere esfuerzo, dedicación y, tal y como se exponía en los párrafos anteriores, un bagaje de estrategias de afrontamiento. Resulta importante entrenar en habilidades sociales, resolución de problemas e inteligencia emocional para que las personas se puedan gestionar y la percepción de éxito-fracaso esté ajustada a sus expectativas, dando importancia a todo el recorrido y no solo a los resultados obtenidos. La suerte y el contexto social pueden influir en una proporción de la consecución final, sin embargo, si el individuo cuenta con autoconcepto y autoestima sana la valoración dependerá de su propia percepción y, estando seguro/a de sí mismo/a, el miedo al fracaso será menor y la satisfacción personal aumentará.

2. CASO CLÍNICO

2.1. Descripción del caso

M. es un joven de 21 años procedente de Madrid cuyo motivo de consulta es bajo estado de ánimo e incertidumbre acerca de qué hacer en este momento de su vida debido a no haber logrado conseguir un objetivo propuesto. Según sus propias palabras “no he conseguido mi sueño y ahora no sé qué hacer, estoy desanimado”.

Actualmente, M. convive con sus padres y hermano, cuatro años mayor que él. El pasado año, M. estudiaba tercero de periodismo en una universidad pública de Madrid y trabajaba como profesor de baile y zumba. En octubre, decide anular la matrícula y dejar el trabajo para sumergirse en un nuevo proyecto profesional, el cual tendría repercusión mediática a través de redes sociales.

M. ha participado en otras ocasiones en casting para proyectos similares, pero en este caso era diferente ya que, según afirma, “me veía dentro” y el hecho de quedarse a

las puertas de formar parte del proyecto “me ha dejado roto”. En este momento M. siente rabia por no haber conseguido su sueño y a la vez tristeza, “los primeros días tras la expulsión no podía salir de la cama”, además, expresa que uno de sus miedos es que los compañeros/as con los que ha estado trabajando durante el proceso de selección “se olviden de mí”. En relación a los estudios, actualmente, “no puedo, ni quiero volver a la universidad” así como tampoco le gustaría retomar el trabajo como profesor de baile ya que eso supone para él dar un paso atrás y le recordaría, continuamente, que no ha conseguido participar en este proyecto.

La relación con su familia es buena y dice sentirse apoyado por ellos, aunque señala que hasta este momento no había percibido el apoyo de su familia para desarrollar esta faceta profesional. A pesar del buen clima familiar, “no quiero hablar mucho sobre el tema porque mi madre está viendo que lo estoy pasando fatal”, de hecho, lo que hace para intentar distraerse es no estar mucho tiempo en casa porque cuando llega “todo se me viene abajo”. Cuando le comunicaron que, finalmente, no era uno de los elegidos para continuar con el proyecto sintió que los había decepcionado.

En el ámbito social, tiene un grupo de amigas muy cercano con las que mantiene una relación muy estrecha, se conocen desde el colegio. Desde el primer momento ha percibido su apoyo y, ahora, “sé que están haciendo todo para que esté distraído”. En el tiempo de ocio, M. queda con sus amigas para tomar algo, van a discotecas, beben y fuman hachís. El consumo suele ser en fin de semana, aunque afirma que, actualmente, su consumo ha aumentado ya que está saliendo de discoteca más a menudo, lo que conlleva beber y fumar (no concibe salir de fiesta sin el consumo de alcohol). En este momento señala que “no ha probado otras drogas porque sabiendo como soy me engancharía”.

M. afirma ser homosexual y, hasta el momento, no ha tenido pareja ni ha mantenido relaciones sexuales penetrativas. La aceptación de su orientación sexual no supuso ningún problema, lo comunicó a los 16 años tanto a su familia como a sus amigas y, en ambos contextos, se vivió con normalidad. Justo ahora está conociendo a un chico con el que se siente muy bien, aunque existe diferencia de edad y de estilo de vida, algo que hace que M. se sienta inferior. Además, en esta situación aparece la inseguridad con el físico, le da vergüenza quitarse la camiseta ya que piensa que no le

va a gustar “no estoy musculado y él sí”, por tanto, esta continua comparación hace que las relaciones de intimidad se paralicen.

M. se describe como una persona “única”, “seguro de mí mismo”, “envidioso” (esto lo repite varias veces) y a la vez “humilde”. El hecho de ser envidioso lo considera como algo negativo ya que, según él, en algunas ocasiones le hace motivarse para superarse a sí mismo, pero en otras “me puede, me llevan los demonios”. Además, dice que es una persona que “se hace querer”, normalmente sabe qué decir en situaciones sociales para caer bien y entablar conversación, por lo general no acepta bien las críticas negativas y suele conseguir lo que se propone. De hecho, la expulsión de este proyecto ha sido la primera vez que no ha conseguido aquello que se ha propuesto y, por tanto, su sensación de fracaso es muy elevada. Por último, remarca ser una persona que “le da mucho al coco” y de “todo o nada”.

Con las primeras sesiones se observa que M. se define como seguro de sí mismo, pero realmente no es así debido a que, continuamente está buscando la aprobación de los demás, así como agradar a todos (alta deseabilidad social) y evitar el conflicto. Por tanto, en la base de su comportamiento existen miedos e inseguridades que evita mostrar y los camufla con su repertorio de habilidades sociales. Así mismo, M. reconoce que en algunas ocasiones puede llegar a comportarse como “un falso”, con esto se refiere a que continua el hilo de la conversación a pesar de que él tenga otra opinión o no le guste lo que las otras personas están diciendo. Su círculo más cercano de amigas le han comentado esto último cuando han visto cómo se comportaba en diferentes contextos sociales. En consecuencia, se podría decir que la mayoría de las relaciones sociales que establece M. son superficiales.

El objetivo que pretende conseguir M. al asistir a terapia psicológica es doble: en primer lugar, “desahogarme, quiero hablar sin sentirme juzgado” y, en segundo lugar, “sentirme bien”.

2.2. Instrumentos de evaluación y resultados

El método de evaluación utilizado se encuadra en el marco metodológico empírico-analítico e hipotético-deductivo. Los instrumentos de evaluación utilizados a lo largo de la intervención terapéutica fueron:

2.2.1. Entrevista semiestructurada

Con la entrevista se recogen los datos del paciente y el motivo de consulta. Además, se realizan preguntas para conocer la historia del problema y la historia familiar. Para ello, se plantean preguntas abiertas y cerradas con el objetivo de dejar un espacio para que el individuo pueda explicar y facilitar la información necesaria antes de comenzar la intervención. A continuación, se muestra un esquema en el que se refleja la información recogida en la entrevista con M. sobre las diferentes áreas de su vida (Figura 1).

2.2.1. Cuestionarios

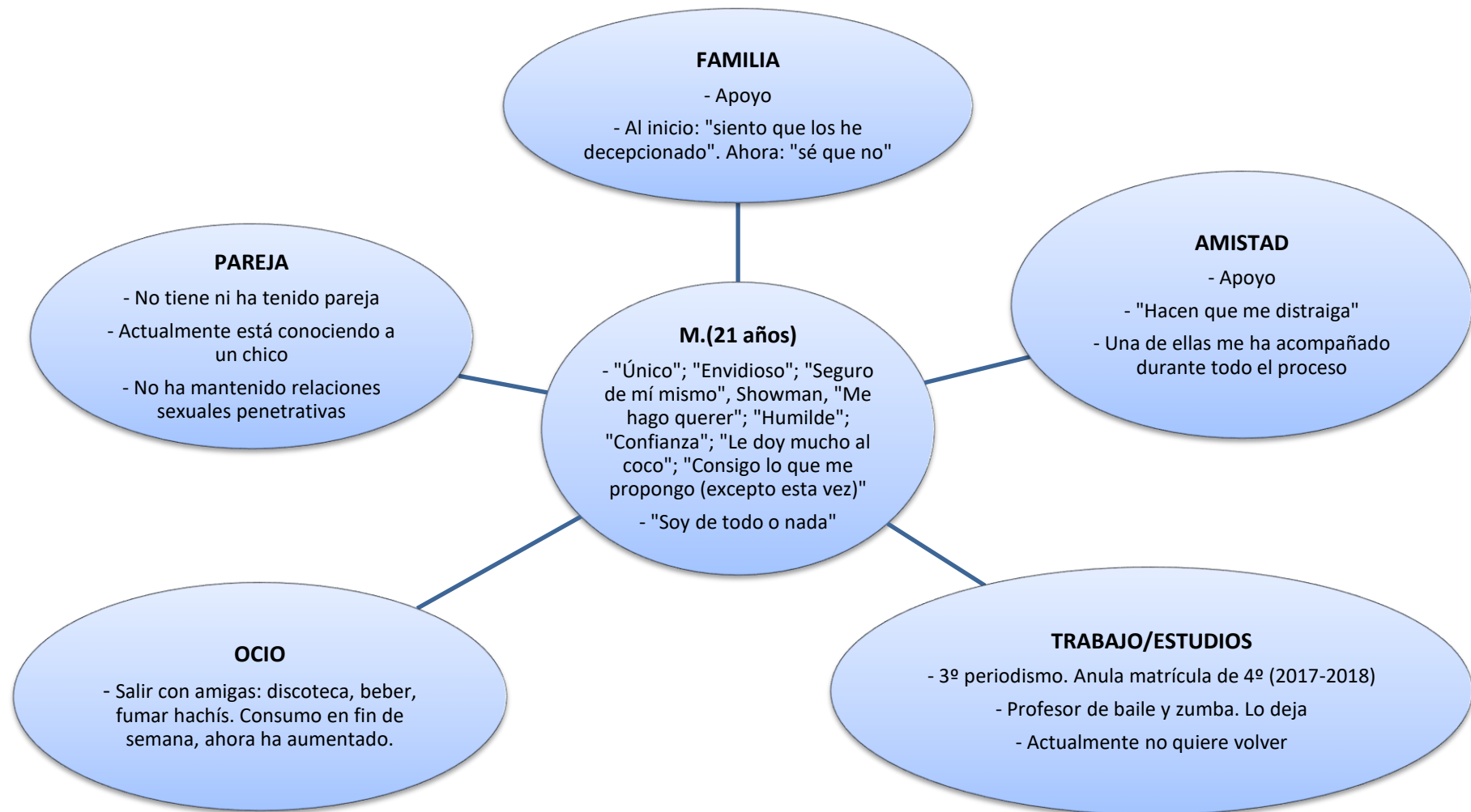
BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer y Brown, 2011)

Esta escala está constituida por 21 ítems formulados para identificar y medir la gravedad de síntomas típicos de depresión en adultos y adolescentes a partir de 13 años. Dicha versión cuenta con propiedades psicométricas aceptables y está avalada por diferentes estudios que constatan su validez y fiabilidad, coeficiente Alpha alto, 0.87-0.89 (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003; Sanz, García Vera, Espinosa, Fortun y Vázquez, 2005).

Antes de responder, se da como instrucción al individuo que tenga en cuenta las dos últimas semanas para elegir la opción que más se adecue a su situación actual. Cada ítem se responde en una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, exceptuando los ítems “cambios en el patrón de sueño y en el apetito” que contienen siete categorías. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar en cuatro grupos según el grado de depresión: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada, y 29-63, depresión grave.

La puntuación obtenida por M., en la evaluación pre-tratamiento, nos indica un grado leve de depresión (PD: 18) caracterizada por inquietud, disminución de la energía para realizar actividades y de la concentración, así como cambios en los patrones de sueño y apetito, siendo en ambos casos menor de lo habitual.

Figura 1. Datos recogidos en la primera entrevista



Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965)

Con este cuestionario se explora la autoestima personal entendida como sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo/a, a través de 10 ítems enunciados tanto en forma positiva como negativa para controlar el efecto de aquiescencia (tendencia a “estar de acuerdo”). La escala fue traducida y validada en castellano obteniendo alta puntuación en fiabilidad, Alpha 0.80 y, consistencia interna entre 0.76 y 0.87 (Rosenberg, 1973). Posteriormente, diversos estudios han verificado que las propiedades psicométricas son adecuadas, por ejemplo, al mostrar una puntuación de 0.87 en el coeficiente Alpha de Cronbach en una muestra de población clínica española (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

La escala de respuesta es tipo Likert con cuatro opciones, A. Muy de acuerdo; B. De acuerdo; C. En desacuerdo; y D. Muy en desacuerdo, puntuando los cinco primeros ítems de 1 a 4 y, el resto a la inversa. Se han establecido puntos de corte para clasificar el nivel de autoestima en tres grupos: menos de 25 puntos, autoestima baja; 26 - 29, autoestima media; y 30 – 40, autoestima elevada siendo ésta considerada como sana o normal.

La puntuación obtenida (PD:25), a pesar de estar justo en el punto de corte establecido, indica que la autoestima de M. tiende a ser baja.

ISRA. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2007)

El formato de este cuestionario es situación-respuesta siendo evaluada la frecuencia con que la persona manifiesta respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante diferentes situaciones. Además, se realiza la evaluación de áreas situacionales o rasgos específicos de ansiedad, concretamente, ansiedad ante la evaluación; ante situaciones sexuales y de interacción social; fóbica y ante situaciones habituales o de la vida cotidiana.

Para determinar las propiedades psicométricas de este inventario se llevó a cabo la correlación de Pearson entre cada escala y con el total, con el objetivo de determinar el grado de consistencia interna. Los resultados muestran que las correlaciones, entre partes y con el total, son altamente significativas ($p \leq 0.001$), oscilando todas ellas entre

0.78 y 0.89. Así mismo, se demuestra alta fiabilidad desde el punto de vista de la estabilidad (test-retest) y desde la consistencia interna (Alpha entre 0.95 y 0.99). Estudios posteriores han comprobado que el ISRA es un instrumento fiable y válido para evaluar la ansiedad en los tres sistemas de respuestas que lo constituyen (García, Cano Vindel y Herrera Martínez, 2015).

El cuestionario está formado por 22 situaciones concretas, más una de respuesta abierta, en la que se pide al sujeto que escriba una situación en la que manifieste algún síntoma de ansiedad, sólo si es especialmente perturbadora y no está recogida en las anteriores. Para evaluar la frecuencia de respuestas ansiógenas se ha utilizado una escala tipo Likert de cinco puntos, siendo 0, casi nunca; 1. Pocas veces; 2. Unas veces sí, otras no; 3. Muchas veces; y 4. Casi siempre.

Las puntuaciones obtenidas por M. se transformaron en centiles y se reflejan en la hoja de perfil, una para los sistemas de respuestas (tabla 1) y otra para los rasgos específicos (tabla 2).

Tabla 1. Puntuaciones pre-tratamiento en los Sistemas de Respuestas del ISRA

Sistema de Respuesta	Puntuaciones centiles	Clasificación
Cognitivo	95	Ansiedad severa
Fisiológico	95	Ansiedad severa
Motor	95	Ansiedad severa
Total (Rasgo)	95	Ansiedad severa

Tabla 2. Puntuaciones pre-tratamiento en Rasgos Específicos del ISRA

Factores	Puntuaciones centiles	Clasificación
F-I. Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades	95	A. severa
F-II. Situaciones sexuales y de interacción social	85	A. severa
F-III. Situaciones fóbicas	80	A. severa
F-IV. Situaciones habituales o de la vida cotidiana	99	A. extrema

Como se puede observar en la tabla 1, la puntuación obtenida por M. en todas las escalas de Sistemas de Respuesta (cognitivo, fisiológico, motor y total) nos indica que el nivel de ansiedad es severo (centil 95). Así mismo, si analizamos los Rasgos Específicos (tabla 2) se puede decir que el nivel de ansiedad de M. es severo-extremo. La puntuación más elevada se refleja en el factor de situaciones habituales o de la vida cotidiana (centil 99), es decir, en situaciones como puede ser la hora de dormir o por nada en concreto. La segunda más alta nos indica que M. presenta un nivel de ansiedad severo en situaciones que implican la evaluación de otras personas o asunción de responsabilidades (centil 95), por ejemplo, tomar decisiones. Seguidamente, se observa ansiedad ante situaciones sexuales o de interacción social, es decir, momentos que requieren intimidad (centil 85). Y, por último, se registra ansiedad ante situaciones en las que, de forma habitual, aparece algún elemento fóbico como podría ser miedo a viajar en avión (centil 80).

EHS. Escala de Habilidades Sociales (Gismero González, 2002)

Se trata de un cuestionario constituido por 33 ítems que evalúan la conducta habitual de la persona en situaciones concretas y las habilidades sociales. Del total de ítems, 28 están redactados en sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y el resto de ellos en sentido positivo.

Dicha versión cumple con los requisitos psicométricos apropiados al obtener una fiabilidad alta, siendo el coeficiente Alpha de Cronbach 0.88. Además, un estudio realizado con una muestra de estudiantes universitarios chilenos verifica que es un instrumento adecuado para evaluar las habilidades sociales al obtener buenos índices de fiabilidad y validez (Miranda-Zapata, Riquelme-Mella, Cifuentes-Cid y Riquelme-Bravo, 2014)

Las respuestas están formuladas en una escala tipo Likert de cuatro alternativas: A. No me identifico en absoluto; B. La mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría; C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así; y D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. Los ítems se agrupan en los seis factores que se muestran en la tabla 3, junto a la puntuación centil obtenida por M.

Tabla 3. Puntuaciones en la Escala de Habilidades Sociales (EHS)

Factores	Puntuaciones centiles
I. Autoexpresión en situaciones sociales	80
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	15
III. Expresión de enfado o disconformidad	75
IV. Decir “no” y cortar interacciones	55
V. Hacer peticiones	40
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	40
Global	52

En general, basándonos en la puntuación global, se puede decir que M. posee un nivel medio de habilidades sociales (centil 52). Al analizar cada factor, se observa que M. tiene buena capacidad para expresarse de forma espontánea en situaciones sociales como pueden ser entrevistas laborales, grupos y reuniones sociales (factor I, centil 80). Además, la puntuación en el factor III (centil 75) indica que M. expresa el enfado, sentimientos negativos justificados o desacuerdos con otras personas. Sin embargo, este punto contrasta con la información recogida en la entrevista, por lo que se considera relevante analizar con más detalle los ítems que conforman esta subescala. Tras esta exploración, se puede corroborar que M. tiene capacidad para expresar el enfado en función del contexto en el que se encuentre. Por ejemplo, según sus propias palabras “no me gusta enfadarme con nadie y, por tanto, en muchas ocasiones no digo lo que realmente pienso”, en cambio, en su entorno más cercano, como es su grupo de amigas y familia sí muestra estos sentimientos.

Por otro lado, se observa que el área de mayor dificultad para M. es expresar conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de sus propios derechos (factor II, centil 15), por ejemplo, pedir que le cambien la copa en un restaurante si ve que está sucia.

MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (Hathaway y McKinley, 2002)

Es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de psicopatología en adultos ya que está diseñado para evaluar numerosos patrones de personalidad y trastornos emocionales. Se requiere un nivel de comprensión lectora de 2º de ESO, así como

cooperación y compromiso para responder al cuestionario completo. Con esta escala podemos obtener hasta 3 escalas de validez que nos indican si las puntuaciones son interpretables, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido, 18 escalas suplementarias y 31 subescalas.

Para comprobar la fiabilidad de la versión española de la escala se calculó el índice de Cronbach, obteniendo una puntuación de 0.91 para las escalas básicas, de contenido y suplementaria y, 0.78 cuando se analiza exclusivamente las escalas básicas. En consecuencia, se consideran que los índices obtenidos son satisfactorios y validan el cuestionario.

Los ítems se presentan en un cuadernillo reutilizable y una hoja de respuestas, constituidos por 567 ítems de los cuales, los 370 primeros evalúan las escalas básicas. La escala de respuesta es verdadero o falso, eligiendo la opción que más se adecue al perfil de cada individuo.

A continuación, en la tabla 4, se muestran las puntuaciones tipificadas obtenidas por M. en las diferentes escalas y subescalas del MMPI-2. Las puntuaciones clínicamente significativas son aquellas que quedan fuera del intervalo 40-60 (PT < 40, PT > 60). El código resultante del perfil de M. es: 5 ´ 9 + 4 7 3 – 8 6 2/ 1: 0 # K/ F: L

Tabla 4. Puntuaciones en las Escalas Básicas del MMPI-2

Escalas Básicas	Puntuaciones Tipificadas
1.Hipocondría	44
2.Depresión	50
3.Histeria de conversión	60
4.Desviación psicopática	63
5.Masculinidad-Feminidad	71
6.Paranoia	53
7.Psicastenia	62
8.Esquizofrenia	59
9.Hipomanía	66
0.Introversión social	37

Considerando las escalas con puntuaciones por encima de la media ($T > 60$; ver tabla 5), podríamos decir que M. tiende a ser una persona extrovertida, enérgica y creativa, así como sensible y empático. Además, tiende a ser impulsivo y rebelde por lo que podría tener problemas con la ley y/o autoridad, la familia o consumir drogas ilegales. Sus relaciones suelen ser superficiales y, también tiende a sentir culpabilidad o vergüenza. M. es una persona perfeccionista y exigente, con falta de seguridad en sí mismo y que no se siente aceptado por los demás. A su vez, M. es una persona inmadura y centrada en sí mismo que tiende a la negatividad. Por otro lado, estas puntuaciones informan de ansiedad, depresión moderada, pesadillas en los sueños y síntomas somáticos ante los cuales no sabría identificar la causa. La puntuación clínica más alta se obtiene en la escala *Masculinidad-Feminidad* indicando un posible conflicto de identidad sexual quedando este descartado por la afirmación de M. de ser homosexual.

Tabla 5. Puntuaciones significativas en las Escalas de Contenido, Adicionales y Subescalas del MMPI-II

	Puntuaciones Tipificadas
Escalas de Contenido	
Malestar social	36
Escalas Adicionales	
Hostilidad excesivamente controlada	34
Dominancia	68
Potencial de adicción	71
Reconocimiento de adicción	67
Subescalas	
Rumiación	62
Negación de ansiedad social	63
Problemas con la autoridad	62
Frialdad social	64
Alienación emocional	64
Ausencia control yo, inhibición defectuosa	66
Amoralidad	62
Timidez/auto-cohibición	38
Evitación social	37

Otros aspectos que habría que mencionar de M. son la sensación de falta de control sobre sus emociones e impulsos, lo que fomentaría que sea una persona inquieta; la rumiación sobre ciertas cuestiones y la tendencia a necesitar afecto y atención por parte de los demás (ver anexo 1).

2.3. Formulación clínica y objetivos terapéutico

En la tabla 6 se muestra el análisis funcional con la información recogida de M. En ella se especifican las diferentes áreas problemáticas identificadas y las variables moduladoras, es decir, aquellas que pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad de M. Las variables disposicionales son las que hacen referencia al propio individuo y, las variables ambientales al entorno que le rodea. Todos estos factores han de tenerse en cuenta al realizar la intervención ya que, algunos influyen como factores de riesgo y pueden aumentar el problema y otros, como factores de protección potenciando los recursos adaptativos.

Tabla 6. Variables moduladoras y descripción de conductas problemáticas

ÁREAS PROBLEMA	VARIABLES MODULADORAS	
	DISPOSICIONALES	AMBIENTALES
1. Malestar emocional (bajo estado de ánimo y elevada ansiedad) y baja autoestima	No trabajo ni estudios	Factores de Riesgo
	Impulsividad	Expulsión del proyecto con repercusión mediática
	Alta deseabilidad social	Pérdida de reforzadores
	Locus de control externo	positivos: relaciones de éxito,
	Afrontamiento (corto-plazo)	nuevas relaciones sociales y
2.Relaciones de pareja-intimidad	Procesos de evitación	
	Baja tolerancia a la frustración	relación profesional con la música y el baile
	Baja madurez	
3.Relaciones sociales		Factores de Protección
	Da mucha importancia a la imagen corporal, a la belleza, al aspecto físico	Apoyo círculo amistad Apoyo familiar

A continuación, en la tabla 7, se especifican las conductas problemáticas que forman parte del comportamiento de M. y que se pueden enmarcar dentro de las áreas ya mencionadas.

Tabla 7. Conductas problemáticas en cada área problema

1.Malestar emocional y baja autoestima	2.Relaciones de pareja-intimidad	3.Relaciones sociales
Bajo estado de ánimo y elevada ansiedad	Pensamientos de inferioridad: “me siento frágil”, “no sé si voy a dar la talla”	Ideas irracionales: “querido y aceptado por todos”
Bajo nivel de autoconcepto	Pensamientos negativos: “no valgo”, “nada me sale bien”, “miedo a que se olviden de mí”	Iniciar conversación para agradar
Ver redes sociales: “vaya mierda”	Desnudarse: vergüenza	No dar su opinión
Evitar estar en casa: “todo se me viene abajo”	No relaciones sexuales penetrativas	Evitar conflictos
Salir de fiesta	No iniciativa para realizar actividades en pareja	Consumo alcohol
Consumo de tabaco	Conductas de evitación: taparse	
Consumo de alcohol y hachís		

2.3.1. Hipótesis de origen

La hipótesis de origen en el caso de M. se enmarca en el modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977, citado en Zanón, et al., 2016). El evento estresor se remonta al pasado mes de noviembre, cuando M. es expulsado del proceso de selección para formar parte de un proyecto que tendría repercusión mediática, en el que estaba sumergido y totalmente implicado (EI). En este momento M. comienza a sentir malestar y frustración por no haber conseguido uno de sus sueños (RI). Al visualizar contenido sobre este proyecto en alguna red social (EC) se produce una asociación con su expulsión dando lugar a que M. sienta malestar, ansiedad y tristeza, y pensamientos negativos como “no valgo”, “no lo he conseguido”, “se olvidarán de mí” (RC).

Algunas variables personales de M., como la alta deseabilidad social y la baja tolerancia a la frustración, han funcionado como factores de vulnerabilidad, haciendo que aumente el malestar de M. al percibir que pueden hacer una valoración negativa de él al no haber conseguido entrar a formar parte del proyecto. Además, la expulsión en la última fase de selección supuso una pérdida importante de reforzadores positivos para

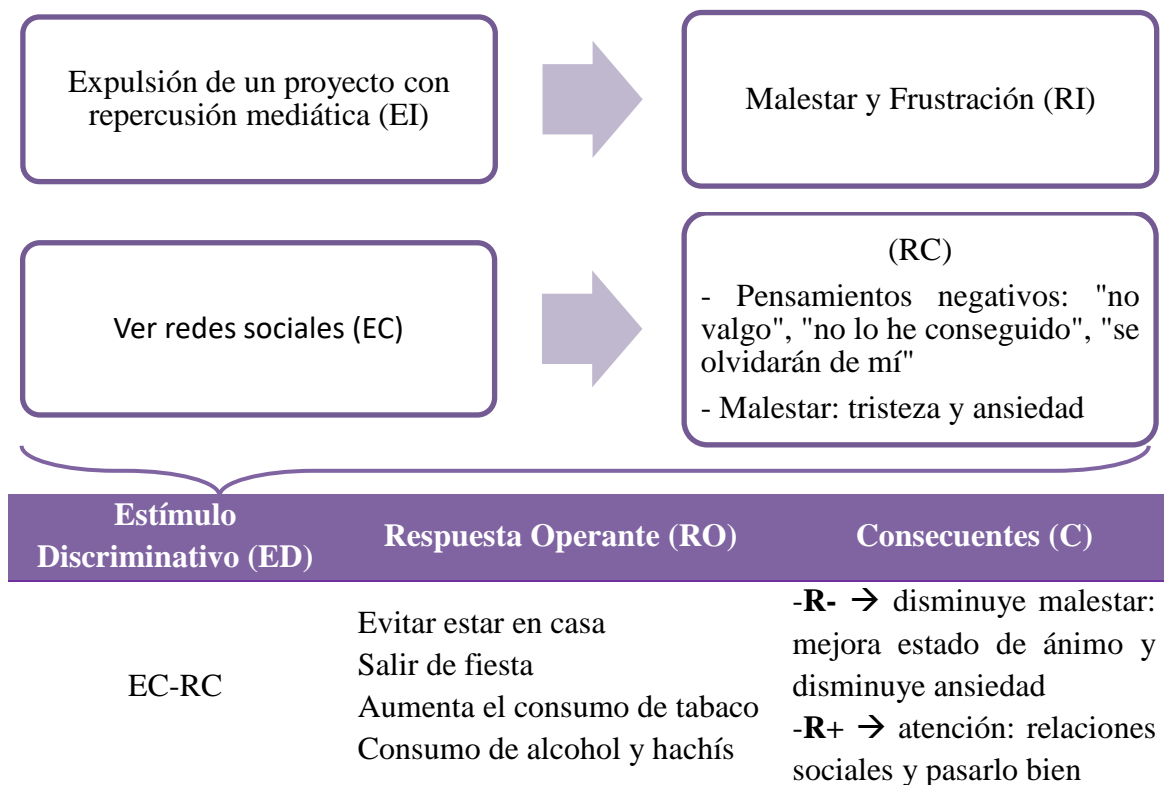
M., entre los que se puede destacar la ruptura de nuevas relaciones sociales y la no obtención de relaciones de éxito, tanto profesionales como personales.

2.3.2. Hipótesis de mantenimiento

A. Malestar emocional (bajo estado de ánimo y elevada ansiedad) y baja autoestima

Ver contenidos sobre el proyecto en las redes sociales o cualquier estímulo relacionado con su expulsión funciona como estímulo condicionado, por lo que genera una respuesta de malestar emocional y pensamientos negativos sobre sí mismo. Esta asociación se mantiene por un proceso de evitación que permite a M. aliviar el malestar a través del refuerzo negativo (R-), y por el consumo de sustancias que permite a M. obtener refuerzo positivo (R+) a corto plazo. En la figura 2, se presenta un esquema que refleja las conclusiones planteadas.

Figura 2. Hipótesis de mantenimiento del área problema 1



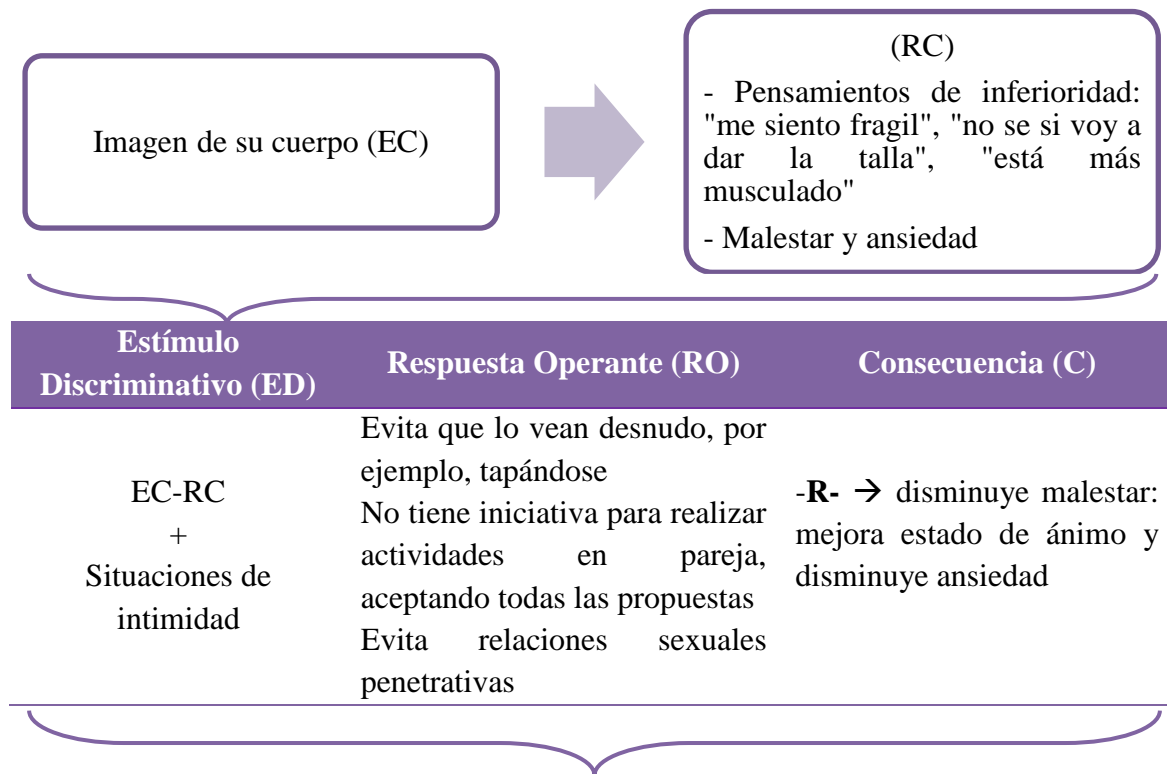
CONSECUENCIAS A CORTO – MEDIO PLAZO

- Refuerzo social → mejora estado de ánimo a corto plazo
- Aumenta el riesgo de consumo de sustancias
- Discusiones con su madre
- Estancado en relación con su vida educativa y profesional.

B. Relaciones de pareja-intimidad

En este área problema, hay que partir de la importancia que da M. a la imagen corporal, a la belleza y, en general, al aspecto físico. Esta variable disposicional hace que M. se encuentre en especial vulnerabilidad cuando se está inmerso en relaciones de pareja y, en consecuencia, de intimidad. En este sentido, la conducta problema de M. se instaura al percibir la imagen de su cuerpo como estímulo que desencadena pensamientos de inferioridad siendo la respuesta un estado de elevada ansiedad. Además, cuando a esta asociación se añade una situación de intimidad se producen respuestas evitativas que permite a M. reducir el malestar, a corto plazo, a través del refuerzo negativo (R-) lo que hace que se mantenga esta asociación (ver figura 3).

Figura 3. Hipótesis de mantenimiento del área problema 2



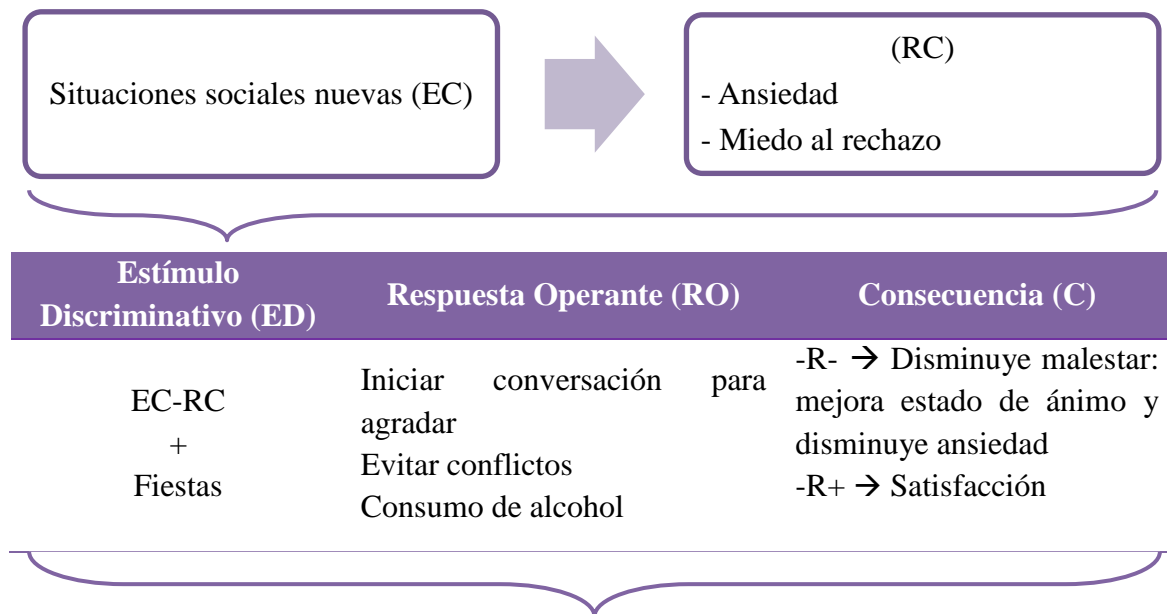
CONSECUENCIAS A CORTO – MEDIO PLAZO

- Mala relación de pareja
- Distanciamiento emocional: el otro chico se aleja
- No intimidad
- Baja percepción de autoeficacia en el ámbito erótico

C. Relaciones sociales

La conducta problema en este caso se establece al percibir las situaciones sociales nuevas como estímulo que desencadenan el miedo al rechazo siendo la respuesta un estado elevado de ansiedad. Cada vez que se plantea una situación de estas características la respuesta de M. es iniciar la conversación con la intención de agradar y así evitar un posible conflicto. Por tanto, este proceso de evitación acompañado del consumo de alcohol hace que se reduzca el malestar (refuerzo negativo) y comience a pasarlo bien (refuerzo positivo), lo cual hace que esta asociación se mantenga en el tiempo. A continuación, en la figura 4 se muestra un esquema que clarifica esta hipótesis de mantenimiento.

Figura 4. Hipótesis de mantenimiento del área problema 3



CONSECUENCIAS A CORTO – MEDIO PLAZO

- Consigue caer bien
- Relaciones sociales superficiales

2.4. Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos se establecieron en base a la evaluación realizada a lo largo de las cinco primeras sesiones. Se plantean los objetivos terapéuticos para cada área problema identificada con la finalidad de conseguir que M. tenga mejores niveles de bienestar.

Concretamente, los objetivos terapéuticos en el caso de M. fueron los siguientes:

1. Mejorar el malestar emocional y el nivel de autoestima.
 - 1.1. Incrementar el estado de ánimo positivo y estable.
 - 1.2. Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad.
 - 1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima.
2. Mejorar la gestión de relaciones interpersonales en el contexto de pareja.
 - 2.1. Disminuir la ansiedad en estas situaciones.
 - 2.2. Mejorar la calidad de su vida sexual.
 - 2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control.
3. Incrementar la competencia social.
 - 3.1. Mejorar el control de impulsos.
 - 3.2. Mejorar las habilidades de comunicación y la gestión de conflictos.
 - 3.3. Aumentar y desarrollar su tolerancia a la frustración.

En la tabla 8 se muestran las técnicas que se emplearan para conseguir los objetivos especificados.

Tabla 8. Propuesta de intervención: objetivos y técnicas

ÁREA PROBLEMA	TÉCNICAS
1. Malestar emocional (estado de ánimo bajo y elevada ansiedad) y baja autoestima	Psicoeducación
	Activación conductual enmarcada en sus valores
	Técnicas de aceptación y exposición
	Reestructuración cognitiva
2. Relaciones de intimidad	Regulación emocional y relajación: mindfulness
	Psicoeducación
	Activación conductual enmarcada en sus valores
	Técnicas de aceptación y exposición
	Entrenamiento en habilidades de comunicación
	Regulación emocional y relajación: mindfulness

3. Relaciones sociales	Psicoeducación
	Activación conductual enmarcada en sus valores
	Técnicas de aceptación y exposición
	Entrenamiento en habilidades de comunicación
	Reestructuración cognitiva
	Regulación emocional: mindfulness

2.5. Intervención

La intervención planteada con M. está enmarcada dentro del modelo cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Cada sesión duraba 60 minutos. Al inicio, la periodicidad de las sesiones es semanal y, a medida que se avanzó en el tratamiento se fueron espaciando, teniéndolas quincenalmente. En general, en cada sesión se pide a M. que haga alguna tarea entre sesiones, con el objetivo de que continúe elaborando el trabajo realizado en sesión; estas tareas se revisaban al inicio de cada sesión analizando posibles dificultades en su desarrollo. En la tabla 9, se muestra la estructura básica que se ha seguido a lo largo de la intervención con M.

Si bien las cinco primeras sesiones fueron de evaluación, se decidió ir dando alguna pauta de intervención, principalmente, psicoeducación con el objetivo de facilitar el análisis y comprensión de algunos conceptos que surgían en estas sesiones.

2.5.1. Evaluación

La evaluación de M. se ha realizado durante las cinco primeras sesiones a través de entrevistas y diferentes cuestionarios. A continuación, se explica detalladamente cada una de ellas.

Primera sesión

El principal objetivo de esta sesión ha sido crear alianza terapéutica, es decir, conseguir que M. considerara la terapia como un espacio en el que podía sentirse cómodo y libre para expresarse sin sentirse juzgado. Por ello, esta sesión se lleva a cabo en formato de entrevista facilitando que M. explicara el motivo de consulta y diferentes aspectos de su vida. Por ejemplo, se describe así mismo y cómo se ha sentido a lo largo del proceso de selección y, después de ser expulsado en la última fase afirmando “ojalá alguien me explicara por qué me echaron”.

Tabla 9. Plan de intervención con M.

	SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS	TAREAS PARA CASA
EVALUACIÓN	1	Establecer alianza terapéutica Evaluar	Entrevista semiestructurada	
	2	Afianzar alianza terapéutica Recoger datos y firmar contrato terapéutico Continuar la evaluación	Contrato terapéutico Consentimiento informado Entrevista semiestructurada Cuestionario ISRA	
	3	Continuar la evaluación	Entrevista semiestructurada Cuestionario BDI-II Escala de autoestima de Rosenberg	Biblioterapia: “7 claves para gestionar la necesidad de aprobación” (Martín, 2017) Reducir la ingesta de alcohol
	4	Continuar la evaluación	EHS Primera parte del MMPI-II Psicoeducación: ideas irracionales y estilos comunicativos	Autorregistro: ideas irracionales Analizar estilo comunicativo en diferentes situaciones
	5	Analizar autorregistros Continuar evaluación	Terminar MMPI-II Psicoeducación: consumo de sustancias y relación entre comunicación-comportamiento	Plantear alternativas de ocio Reducir el consumo de alcohol y hachís
DEVOLUCIÓN	6	Revisar tareas Transmitir información recogida en el análisis funcional Plantear y consensuar objetivos terapéuticos	Psicoeducación	

INTERVENCIÓN	7	1.1. Incrementar el estado de ánimo estable y positivo 1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 3.1. Mejorar el control de impulsos	Refuerzo positivo Psicoeducación: valores y control de impulso Reestructuración cognitiva	Biblioterapia: “Los valores nos protegen, ¡Sigamos cultivándolos!” (Gutiérrez, 2016) Valorar consecuencias de su actuación en alguna situación
	8	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 3.2. Mejorar habilidades de comunicación y gestión de conflictos	Metáforas: “El jardín de tu vida” y “La lucha contra el monstruo” (Wilson y Luciano, 2015) Cuento: “Los demonios caca” (Loodts, 2014) Activación conductual Modelado de comunicación asertiva	Realizar las acciones acordes al valor de pareja: comunicación asertiva
	9	1.1. Incrementar estado de ánimo estable y positivo 1.2. Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad 1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima	Refuerzo positivo Psicoeducación: sistemas de afrontamiento Activación conductual Mindfulness: práctica respiración	Acciones comprometidas con el valor de la formación: llamar gestión de matrícula Incorporar la técnica de respiración
	10	2.1. Disminuir ansiedad en el contexto de pareja 2.2. Mejorar la calidad de su vida sexual 3.1. Mejorar el control de impulsos 3.2. Mejorar habilidades de comunicación y gestión de conflictos	Psicoeducación: gestión de conflicto y regulación emocional Confrontar estilo de afrontamiento Explorar la identificación, aceptación identidad sexual y concepto de pareja Refuerzo positivo	Analizar estilo afrontamiento (corto-plazo) en diferentes situaciones Acciones comprometidas con el valor de la formación

INTERVENCIÓN	11	1.1. Incrementar el estado de ánimo estable y positivo 1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 2.2. Mejorar la calidad de su vida sexual 2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control	Refuerzo positivo: toma decisiones y control de impulso Psicoeducación Reestructuración cognitiva Confrontación	Acciones comprometidas con el área de la familia: cenar juntos y de la formación: asistir a clase
	12	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 2.2. Mejorar la calidad de su vida sexual 2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control	Psicoeducación: características autoestima y relaciones sexuales Ejercicios prácticos sobre autoconcepto y autoestima Activación conductual	Acciones comprometidas con el valor de la amistad: “carta de disculpa y agradecimiento” Observar cómo se autodenomina en diferentes situaciones
	13	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 2.2. Mejorar la calidad de su vida sexual 2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control 3.2. Mejorar habilidades de comunicación y gestión de conflictos	Psicoeducación: autoestima y relaciones sexuales Análisis DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades Entrenamiento en habilidades de comunicación	Autorregistro de situaciones desagradables Análisis DAFO
	14	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 3.2. Mejorar habilidades de comunicación y gestión de conflictos	Psicoeducación Reestructuración cognitiva	Terminar análisis DAFO Realizar acciones relacionadas con el autocuidado

INTERVENCIÓN	15	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 3.3. Incrementar y desarrollar la tolerancia a la frustración	Psicoeducación Reestructuración cognitiva Regulación emocional	Incrementar las actividades relacionadas con las fortalezas Valorar opciones para presentarse o no a la nueva edición del proyecto
	16	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control 3.2. Incrementar y desarrollar la tolerancia a la frustración	Refuerzo positivo Reestructuración cognitiva Modelado de comunicación asertiva Autoinstrucciones	Poner en práctica las autoinstrucciones planteadas en sesión Practicar la comunicación asertiva y peticiones
	17	1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima 2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control 3.2. Incrementar y desarrollar la tolerancia a la frustración	Refuerzo positivo Análisis consecuencias corto-medio plazo Entrenamiento en habilidades de comunicación	Continuar con la práctica de comunicación asertiva Dar valor a sus características y actitudes
	18	2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que están bajo su control 3.3. Incrementar y desarrollar tolerancia a la frustración	Psicoeducación Regulación emocional: actividades prácticas Mindfulness: contactar con emociones desagradables	Identificar sensaciones corporales y emociones en diferentes situaciones

INTERVENCIÓN	19	<p>1.2. Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad</p> <p>2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no están bajo su control</p> <p>3.2. Incrementar y desarrollar la tolerancia a la frustración</p>	<p>Entrenamiento en habilidades de comunicación</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Relajación a través de mindfulness: escaneo corporal</p>	<p>Planificar tiempo para los trabajos de universidad</p> <p>Continuar comunicación y toma de decisiones</p> <p>Incorporar técnica de relajación</p>
	20	<p>1.2. Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad</p> <p>3.2. Mejorar habilidades de comunicación y gestión de conflictos</p> <p>3.3. Incrementar y desarrollar tolerancia a la frustración</p>	<p>Refuerzo positivo</p> <p>Confrontación</p> <p>Analizar miedo al conflicto</p> <p>Mindfulness: escaneo corporal</p>	<p>Planificar estudio</p> <p>Continuar con la comunicación asertiva</p> <p>Incorporar técnica de relajación</p>
	21	<p>1.2. Disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ansiedad</p> <p>1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima</p> <p>2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento fluido o no sobreevaluado, sin evitar situaciones que no estén bajo su control</p>	<p>Reforzar conceptos ya trabajados</p> <p>Refuerzo positivo</p> <p>Análisis de beneficios y costes para realizar la prueba de selección</p> <p>Libro: El vacío (Llenas, 2015)</p>	<p>Planificar horario para estudiar y preparar el proceso de selección</p> <p>Tomar decisión sobre el lugar para realizar la prueba</p> <p>Buscar en su interior para seguir conectando con sus necesidades</p>
	22	<p>1.3. Mejorar su autopercepción, autoconcepto y autoestima</p> <p>2.3. Aumentar la frecuencia de comportamiento natural, sin evitar situaciones que no estén bajo su control</p> <p>3.3. Aumentar y desarrollar tolerancia a la frustración</p>	<p>Refuerzo positivo</p> <p>Gestión de conflictos</p> <p>Modelado para expresar necesidades y realizar peticiones</p>	<p>Seguir con la planificación de tareas</p> <p>Expresar necesidades y petición de ayuda</p>

Segunda sesión

Justo al inicio se informa a M. del contrato terapéutico, así como del consentimiento informado, documentos en los que se establecen las responsabilidades tanto del terapeuta como del paciente durante el proceso de intervención (anexo 2). Así mismo, se continúa evaluando a través de entrevista y M. cumplimenta el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Antes de rellenarlo, se explica qué evalúa y que, los resultados obtenidos en este y los próximos cuestionarios, nos ayudará a establecer diferentes pautas de intervención. En este momento, M. afirma que está “mejor porque está más distraído”, es decir, reconoce estar saliendo con más frecuencia de fiesta y, en una de ellas, ha conocido a un chico (B.) que le gusta. Además, durante esta sesión M. afirma que no quiere volver a su anterior trabajo porque supondría dar un paso atrás y, aparece el miedo al rechazo, caracterizado por miedo a que los compañeros con los que ha vivido el proceso de selección y que han conseguido formar parte del proyecto, “se olviden de mí”.

Tercera sesión

En la tercera sesión seguimos explorando algunas áreas de su vida; en concreto, las relaciones de pareja y amistades. Hasta el momento M. no ha mantenido relaciones sexuales penetrativas, en consecuencia, al estar conociendo a B. teme no poder avanzar en este sentido y que termine dejándolo. Además, M. dice sentir vergüenza al desnudarse ya que compara su cuerpo con el de B. pensando “no voy a dar la talla”.

La imagen corporal para M. siempre ha sido una de sus inseguridades a pesar de que no lo ha comunicado a nadie de su entorno. En esta línea, M. afirma que suele anticiparse a posibles comentarios negativos resaltando algún aspecto de sí mismo que no le gusta. Por ejemplo, en la playa al quedarse en bañador puede decir “qué tripa tengo” y, si alguna amiga le recomienda ir al gimnasio, su respuesta es “no, yo estoy contento con mi cuerpo”. En este punto, nos detenemos a reflexionar si M. se cree realmente esta afirmación o la hace bajo la necesidad de agradar a los demás, llegando a identificar que con su respuesta consigue evitar críticas, un posible conflicto y dar una imagen de confianza y seguridad en sí mismo, que no es real (ver figura 5).

Figura 5. Esquema utilizado en sesión para reflexionar



Una vez identificada esta necesidad de aprobación por los demás, se generaliza este esquema al motivo de consulta. Es decir, M. considera que canta y baila bien, pero siente que su familia no le había apoyado firmemente para desarrollar estas facetas a nivel profesional y, por tanto, piensa que realmente no vale para ello. En lugar de decirlo y pedir ayuda de cara al proceso de selección, “me busco la vida para conseguirlo y demostrar que sí valgo”. En consecuencia, si no lo consigue aumenta la sensación de fracaso, siendo esto lo que finalmente ha ocurrido en esta ocasión.

M. continúa saliendo con su grupo de amigas, aunque en este momento, había comenzado a salir más de fiesta incrementando el consumo de alcohol y hachís. Se explora qué función tiene el consumo, concluyendo que está siendo su estrategia de afrontamiento evitativo, M. dice “olvido por un momento todo lo que ha pasado”, y se dan algunas pautas.

Cuarta sesión

Se continua la evaluación de M. y, a la vez, se decide introducir psicoeducación sobre los conceptos de ideas irracionales y estilos comunicativas con el objetivo de profundizar en las dificultades que presenta M.

Para explicar la importancia de la comunicación y los diferentes estilos comunicativos se utilizó un ejemplo sobre un conflicto con B., que el propio M. había comentado. Ante un cambio de planes por parte de B., la reacción de M. fue “vale, no pasa nada” admitiendo haberlo expresado con sarcasmo e ironía. Tras explicar en qué consistían los estilos comunicativos pasivo, asertivo, agresivo y pasivo-agresivo, M. reconoce que, aunque con sus amigas es asertivo, en la mayoría de las ocasiones actúa desde el plano pasivo-agresivo “cuando algo me molesta tiro pullitas de buen rollo”. Cuando se expresa desde la agresividad, al instante se siente culpable por hacer sentir mal a la otra persona y vuelve al estilo pasivo. Por ello, analizamos qué miedos podrían estar sustentando este estilo de comunicación y lo comparamos con el estilo asertivo

para comprobar qué beneficios podríamos obtener. En la figura 6 se muestra el análisis de los estilos de comunicación realizado por M.

Figura 6. Beneficios y debilidades de los estilos comunicativos

PASIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • No conflictos • Valoración positiva • Miedos/debilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza • Rechazo: "Menudo gilipollas" • Valoración negativa • "Inferioridad en ciertas ocasiones" • Conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios: <ul style="list-style-type: none"> • Igualdad • Confianza y seguridad • Coherencia • Miedos/debilidades: <ul style="list-style-type: none"> • Conflictos con otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficios <ul style="list-style-type: none"> • Expresa lo que quiere • Miedos/debilidades <ul style="list-style-type: none"> • Explota y solo piensa en él • Culpabilidad

En relación a las ideas irracionales, se presentan las diez expuestas por Ellis y se plantea que todos tenemos alguna de ellas en cierto grado. El objetivo es identificar cuál tiene más interiorizada, y que, a través de un autorregistro podamos observar qué función cumple y cómo influye en su comportamiento. En sesión, tras leer todas, elige “es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo” para registrar durante la próxima semana.

Quinta sesión

Esta sesión se aplazó una semana debido a que M. había salido de fiesta y avisó diciendo que no se encontraba bien para asistir. En primer lugar, M. pide disculpa ya que dice haber faltado a la única responsabilidad que tiene ahora mismo. En consecuencia, toma conciencia de su situación actual y decide comenzar a actuar llamando a la universidad y a su antiguo puesto de trabajo.

Se analizan las situaciones que había registrado, siendo una de ellas la que se expone a continuación en la tabla 10. Tras analizarla, conectamos esta idea irracional con el estilo comunicativo que desempeña llegando M. confirmando que su estilo comunicativo tiende a ser pasivo en estos contextos debido, de esta manera consigue integrarse sin tener que hacer frente a conflictos. Así mismo, exploramos los aspectos positivos y negativos de comenzar a utilizar la asertividad y, leemos los derechos asertivos.

Tabla 10. Autorregistro de ideas irracionales

SITUACIÓN	IDEA IRRACIONAL	EMOCIÓN (0-10)	COMPORTAMIENTO
Concierto al que invito a B., vamos con sus amigos y me siento “apartado”	Necesidad de ser querido y aceptado por todos	Malestar: ansiedad, “miedo” Intensidad: 5	“Al principio estoy un poco al margen, luego comienzo a hablar llamando la atención”: “tengo capacidad para caer bien”, “sé qué decir en cada momento” y a beber.

En relación al consumo de alcohol, M. afirma que “si no bebo no me lo paso bien” y que, cuando comienza a beber no sabe marcar un límite ya que pierde la vergüenza, se divierte, conoce a mucha gente y liga más. Se analizan los reforzadores positivos que mantienen este comportamiento y las consecuencias que se pueden derivar.

Sexta sesión

En esta sesión el objetivo es transmitir a M. la información recogida en el análisis funcional y el planteamiento de intervención, consensuando con él, los objetivos terapéuticos a conseguir durante el tratamiento. Así mismo, al inicio se exploró la evolución desde la anterior sesión y si se habían realizado las tareas.

2.5.2. Intervención

Séptima sesión

M. tiene dudas acerca de la relación con B. aunque verbaliza “si B. me dejara no sabría qué hacer...sería un palo muy grande”. En este momento, nos detenemos a analizar qué significa para él una relación de pareja, cómo se construye y la importancia de valorarse a sí mismo para poder hacer frente a situaciones complejas sin depender de las personas que están en su entorno. Detrás de esta idea se identifica miedo al fracaso, generalizado a muchas situaciones de su vida tras no haber sido aceptado en la última fase de selección.

M. reconoce que desde que lo expulsaron del proyecto “no me apetece el camino, me da miedo fracasar”, “ahora nada me hace feliz”. En consecuencia, se realiza un continuo de 0% a 100% explicando que todos los valores son adaptativos cuando se

sitúan en la parte central del continuo ya que, en los extremos se convierten en disfuncionales. Para ir modificando esta idealización, se ponen ejemplos y se plantea establecer objetivos a corto plazo. En esta línea se explica, de forma general, la filosofía de mindfulness y la posibilidad de incorporar alguna práctica durante la intervención.

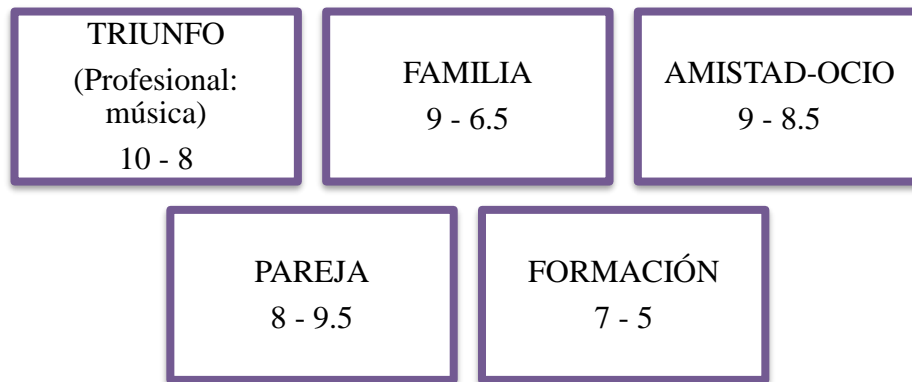
Octava sesión

Para identificar los valores de M. se ha utilizado la metáfora “El jardín de tu vida” (Wilson y Luciano, 2015) con la que se simula que la persona es un jardinero y cada área importante para él, sería un árbol o planta de su jardín. En primer lugar, se pregunta a M. qué plantas considera que forman parte de su jardín, cuál de ellas es más importante y, por último, cuánto está regando actualmente cada una de ellas. Es decir, a cuál de ellas le está dedicando más tiempo y, seguidamente, se establecen los valores de M. para cada área.

En la figura 7 se muestran las áreas identificadas por M., el primer número significa la prioridad que tiene para él en comparación con el resto y, el segundo, la dedicación que está teniendo con cada una de ellas. Además, en todo jardín hay “malas hierbas”, referidas en la metáfora a aquellos aspectos que restan tiempo de cuidado a las facetas importantes. En este caso, M. identifica como “mala hierba” el miedo, la inseguridad, la frustración y el fracaso, emociones que están haciendo que M., pase más tiempo intentando evitarlas y/o eliminarlas del jardín, que regando las plantas realmente importantes para él.

Una vez identificados los valores, se elige un par de ellos para desarrollar acciones concretas que habrán de hacerse para cuidar cada uno de ellos (anexo 3). Por ejemplo, en este momento M. elige trabajar el área de la pareja, en la que establece como valores “sentirme querido”, “tener iniciativa para hacer cosas con él”, “disfrutar” y “avanzar en la sexualidad” estableciendo como acciones a realizar esta semana, “hablar con B. sobre el distanciamiento emocional que percibo y proponer ir a cenar juntos a un restaurante”.

Figura 7. Valores identificados por M. con la metáfora de "El jardín de tu vida"



Además, en esta sesión se utiliza la metáfora de la lucha contra el monstruo (Wilson y Luciano, 2015) para reflejar la estrategia de afrontamiento que tiene M. respecto a su expulsión del proyecto. Y, se lee el cuento “Los demonios caca” (Loodts, 2014) identificando que, actualmente, su demonio caca sería el miedo al fracaso e inseguridad, aunque se pregunta cómo puede comenzar a “hablarle” para que se vuelva pequeño y no le invada. En este momento, se trabaja el concepto de aceptación extraído de las metáforas utilizadas para entender, que parte de la solución será aceptar que esa situación desagradable no va a desaparecer y, por tanto, tendremos que generar estrategias para convivir con ella.

Novena sesión

Se analiza la conversación que M. tuvo con B. constatando que consigue implementar las estrategias entrenadas en comunicación asertiva. Sin embargo, la respuesta de B. no va en la dirección que él esperaba y, además, le hace sentir más inseguro al decirle que “no le atraigo sexualmente”. Por primera vez, M. identifica que, durante la conversación, sintió síntomas de ansiedad por lo que se plantea una técnica de relajación basada en mindfulness (Snell, 2015).

Se lleva a cabo psicoeducación sobre el sistema de afrontamiento que M. suele tener para, de esta manera, explicar cómo funciona el lenguaje interno y cómo influye en la percepción de éxito o fracaso. El estilo de afrontamiento de M. es resultadista, es decir, en función del resultado aumenta o disminuye su satisfacción (figura 8). Por tanto, se explica un procesamiento más adaptativo con el que se plantea que el valor no está, únicamente, en el resultado sino en el proceso (ver figura 9).

Figura 8. Sistema de afrontamiento de M.

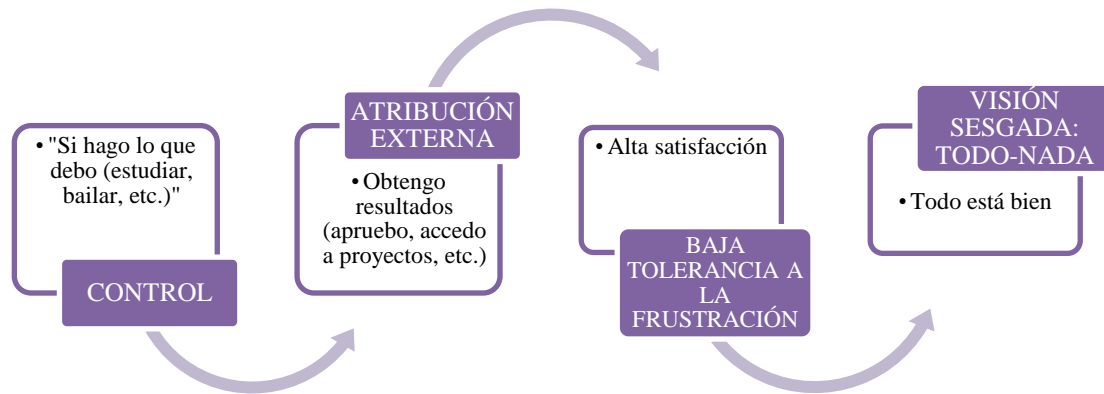
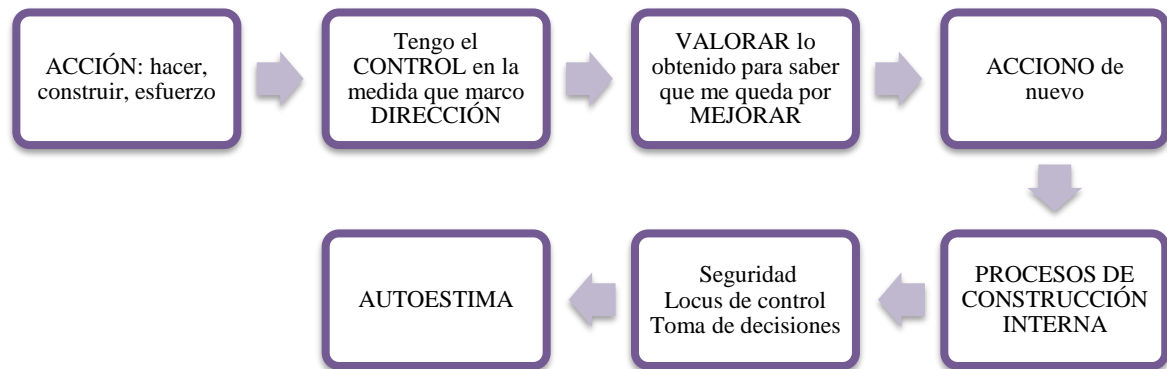


Figura 9. Sistema de afrontamiento adaptativo



Décima sesión

La relación con B. durante esta semana ha sido distante, M. tenía un acto al que pidió que no fuera ya que consideraba que no se iba a sentir cómodo. Al comunicar esta decisión surge conflicto y M. reconoce que le provoca malestar, por tanto, se realiza psicoeducación sobre las emociones y la importancia de la gestión emocional.

Además, se trabaja el concepto de pareja ya que ambos están en diferentes posiciones. M. necesita de una pareja, “confianza”, “atracción, física y emocional” y “presumir, es decir, tener pareja me hace tener más confianza en mí mismo”. Se vuelve a utilizar el esquema planteado en la sesión anterior sobre el estilo de afrontamiento, haciendo hincapié en que el beneficio obtenido es a corto plazo. Por ejemplo, M. afirma que si queda con B. se siente bien, en el momento, pero más adelante la sensación no es tan positiva.

Así mismo, se ha explorado cómo fue el proceso de identificación y aceptación de su orientación sexual. Según M. se sintió cómodo tanto con la reacción que obtuvo por parte de su familia como de sus amigas, se produjo cuando tenía 16 años tras recibir la negativa de un chico que, finalmente, resultó ser heterosexual.

Decimoprimer sesión

En esta sesión se hace hincapié en la relación entre trabajo y esfuerzo. M. ha conseguido reabrir la matrícula en la universidad para el segundo cuatrimestre, por lo que dice estar muy contento, aunque a la vez con incertidumbre y pereza. En este punto se utiliza la confrontación para que analice el estilo de afrontamiento y, se refuerce el valor del esfuerzo empleado y no solo el resultado, positivo en este caso.

Durante la semana ha reflexionado, a través de varias situaciones que han ocurrido, sobre la idea que surgió sobre “sentirme importante”, al hablar de pareja, concluyendo que busca ser protagonista porque al tener el refuerzo y aprobación de los demás, se encuentra más seguro de sí mismo. Por tanto, M. conecta con la inseguridad real que hay detrás de este comportamiento. Además, M. ha tenido su primera relación sexual penetrativa de la cuál dice “me siento bien pero raro”, surgiendo muchas dudas sobre este procedimiento.

M. está realizando un buen manejo del impulso, en estos días ha recibido una oferta para asistir a un programa de televisión en el que se da más importancia a la vida personal que profesional. En un primer momento se plantea ir ya que es una forma de conseguir fama y ganar dinero, sin embargo, valora las consecuencias que podría tener y decide rechazar la oferta porque su objetivo es continuar con su carrera profesional. Al tomar esta decisión M. afirma “me siento muy bien, además, si esto hubiera pasado hace un año seguro que hubiera dicho que sí al programa”.

Por otro lado, el proyecto al que estuvo a punto de acceder está llegando a su fin y M. comienza a aceptar su situación, “duele darse cuenta de que no pertenezco al proyecto ni a su círculo de amistad”. En este momento dice sentir nostalgia, “necesito volver a mi vida real”.

Decimosegunda sesión

Se realiza psicoeducación sobre sexualidad proporcionando información y facilitando recursos donde puede preguntar dudas concretas.

En esta sesión se aborda directamente el trabajo de autoconcepto y autoestima realizando varias actividades. En primer lugar, se entrega una ficha a M. en la que tiene que anotar aspectos positivos y negativos sobre su físico, personalidad y habilidades. Hay que destacar que M. identifica un mayor número de características positivas teniendo más dificultad para aquellas que considera negativas o a mejorar, especialmente, cuando se hacía referencia a la personalidad “me cuesta porque están ahí escondidas”. Sin embargo, proporciona más valor a la parte negativa. Seguidamente, para identificar y elaborar cómo es su autoestima actual, se entrega unas tarjetas con características de alta y baja autoestima. La premisa es elegir aquellas que considere que se corresponden con su situación, a la vez que va eligiendo, se define y/o explica en qué consiste y, en alguna ocasión, se confronta si realmente forma parte de su comportamiento proporcionando ejemplos. M. comienza a contactar con su autoconcepto real, ya que en muchas ocasiones se dice a sí mismo ser más seguro de lo que realmente es debido a la necesidad de aprobación de los demás y, en consecuencia, la evitación de mostrar debilidades.

Para el trabajo de autoestima, se utiliza un dossier creado por profesionales de centro TAP para llevar a cabo el taller de desarrollo y crecimiento personal (2013).

Decimotercera sesión

El principal objetivo de esta sesión es continuar con la construcción de la autoestima, por lo que se explora el autoconocimiento y autoconcepto a través del registro de situaciones desagradables que se ha pedido a M. Además, se explica el análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO, ver anexo 4), técnica mayormente empleada en el ámbito empresarial que, en este caso, se va a utilizar como apoyo para identificar aquellos aspectos positivos y negativos tanto de M. como de su contexto. De esta manera se facilita el autoconocimiento y el desarrollo de estrategias para incrementar la autoestima.

Por otro lado, se continua con la psicoeducación en sexualidad, ampliando el marco de relaciones sexuales que consiguen proporcionar placer, y se entrenan habilidades de comunicación como la expresión de necesidades y negociación.

Decimocuarta sesión

En esta sesión se analiza el patrón de consumo de M. ya que vuelve a ocurrir una situación en la que no maneja el control del alcohol teniendo consecuencias negativas. Además, continuando con el fortalecimiento de la autoestima, se relaciona con el autocuidado (figura 10). Es decir, al tener poca conexión con el autocuidado consume alcohol sin poner límites, si considera que esto ocurre excepcionalmente, el nivel de culpa es bajo y va acompañado de buenas intenciones “no volverá a pasar”. Sin embargo, cuando se vuelve a presentar otra oportunidad, se valoran más los beneficios a corto plazo y se cierra el círculo estableciéndose un patrón. Al comprender este esquema, M. reflexiona y entiende cómo funciona su comportamiento.

Figura 10. Patrón que explica el consumo



Posteriormente, se comienza a realizar el análisis DAFO, planteado como tarea en la sesión anterior, facilitando la identificación a través de preguntas.

Decimoquinta sesión

En primer lugar, se analiza tanto las características que M. ha identificado como debilidades y fortalezas propias, como las amenazas y oportunidades que observa en su contexto. Una vez identificadas, el objetivo es aumentar todo aquello que resulta más fácil y/o motivante (fortalezas), minimizar las debilidades redactándolas en positivo,

aprovechas todo aquello que puede ser beneficioso del entorno y neutralizar aquello que puede dificultar el avance.

En este punto de la intervención M. recibe la noticia de que se renueva, para el próximo curso, una nueva edición del proyecto al que él aspiraba. Por tanto, se generan dudas acerca de qué hacer porque continúa siendo uno de sus sueños y le gustaría volver a intentarlo. En consecuencia, exploramos qué significa para él formar parte de este proyecto, qué supondría volver a quedarse fuera y cuáles serían los objetivos a perseguir, haciendo hincapié en el sistema de afrontamiento explicado en sesiones anteriores.

Además, se trabaja la identificación de emociones como la frustración y la euforia para remarcar la importancia de la regulación emocional.

Decimosexta sesión

M. comenta que ha tenido iniciativa para tener un encuentro erótico y ha sido rechazado. Esto supone para él más inseguridad y desconfianza, “no le gusto lo suficiente”, lo que hace que M. presente fijación con su cuerpo. Por ejemplo, el fin de semana no va al gimnasio y el domingo comienza a decirse así mismo “vaya mierda, otra semana más he perdido lo que había conseguido”. Para trabajar estas ideas se plantean las autoinstrucciones, en primer lugar, se explica en qué consiste y, finalmente, elaboramos cuáles podrían ser las autoinstrucciones a emplear por M. siendo coherentes con sus valores y decisiones.

Así mismo, se continúa entrenando en habilidades de comunicación a través del modelado, representando en sesión diferentes direcciones en la que puede ir una conversación.

Decimoséptima sesión

En primer lugar, se analiza la conversación que habíamos practicado en la sesión anterior. M. utiliza la primera persona, expresa sus sentimientos y necesidades por lo que se muestra una evolución en la comunicación asertiva, siendo esto reforzado. Sin embargo, se siente mal debido a que sus objetivos no coinciden con los de B. y, por tanto, no continuaría su relación como pareja. En este punto, se valoran las consecuencias a corto y medio-largo plazo de permanecer en una relación de amistad

con para tomar una decisión, siempre teniendo en cuenta sus necesidades y en coherencia con sus valores.

En la línea de lo expuesto y continuando con el trabajo en autoestima se pregunta a M. ¿qué porcentaje, de 0 a 100, corresponde a la valoración propia que hace de sí mismo y cuánto depende de los demás? Su respuesta es que su valía depende, el 60% de la valoración que hacen los demás y el 40%, de la suya propia. Se reflexiona identificando que, si él no se valora, los demás tampoco lo harán por lo que hay que comenzar a modificar ese porcentaje reconociendo y dando importancia a sus cualidades, actitudes y necesidades.

Decimoctava sesión

M. vuelve a tener un encuentro con B. en el que identifica que se siente incómodo y le gustaría haberse ido, aunque no lo hizo. Para poner nombre a las emociones que emergen en este tipo de situaciones que le generan malestar, se utilizan unas tarjetas con sensaciones físicas para facilitar a M. la conexión con sus emociones. Entre las que se presentan, M. elige para definir una situación desagradable o incómoda: “inquieto”, “apagado”, “vacío”, “nublado”, “nervioso”, “incertidumbre”, “tembloroso”, “débil”, “tenso”. Y, para aquellas situaciones que define como “buen rollo”, selecciona: “en paz”, “agitado-me activo”, “lleno”, añadiendo “me siento fuerte cuando tomo mis decisiones”. Posteriormente, M. realiza un dibujo para representar cómo se siente en cada una estas situaciones, verlo proyectado en papel puede facilitar la identificación posterior. Se lleva a cabo una práctica de mindfulness con la que se pretende conectar con alguna emoción desagradable, pero M. solo consigue traer el recuerdo de la situación (Collard, 2014).

Además, se explica a través de un esquema que las ideas que se han plasmado en las últimas sesiones sobre “debilidad”, “imperfección” y “no soy elegido por lo que quiero” están relacionadas con la sensación de pérdida. Esto hace que se cuestione los propios valores y principios y, en consecuencia, se deteriora la autoestima. M. en estas situaciones “lucha” con el fin de conseguir lo que se ha propuesto, pero no siempre se consigue, por tanto, es fundamental comprender la idea de frustración y aceptación.

Decimonovena sesión

En esta ocasión se refuerza el autocuidado ya que ha salido de fiesta el domingo, pero ha conseguido ponerse límites priorizando las responsabilidades.

Continúa viendo a B. en alguna ocasión, aunque ha conseguido dar prioridad a sus necesidades y, además, ha realizado una petición de cambio en la propuesta para salir.

Respecto a la universidad, comienza la época de entrega de trabajos y exámenes por lo que M. refiere estar agobiado. Durante la sesión, se explica la importancia de planificar todas las tareas y se acompaña en la elaboración del planing de una de las asignaturas.

Vigésima sesión

M. comenta que le habían propuesto formar parte de un videoclip, al inicio consideró que podría ser buena idea, pero una vez le explicaron en qué consistía valoró las posibles consecuencias y, siendo coherente con sus principios y objetivos profesionales, rechazó la oferta.

En este momento, se plantea a M. qué cambios considera que se han producido y se refuerza positivamente todos los avances conseguidos hasta el momento, haciendo hincapié en el aumento de seguridad y confianza en sí mismo, así como la mejora en los estilos comunicativos. Para que M. puede cerciorar estos cambios, se pide que valore de 0 a 100, el miedo al conflicto, el rechazo y la valoración negativa por parte de los demás que tenía antes y ahora. Al inicio decía tener un 70-80% de miedo y se podría decir que ahora, un 50% lo cual constata que ha comenzado a incorporar sus derechos y necesidades al establecer relaciones sociales e interpersonales.

Por otro lado, la situación actual hace que la ansiedad permanezca en M. ya que se acerca la época de exámenes y la fecha para presentarse a la nueva edición del proyecto con repercusión mediática. Para reducir la intensidad se realiza una práctica de mindfulness que consiste en tensar y relajar diferentes partes del cuerpo, denominada escaneo corporal (Snell, 2015).

Vigésima-primer sesión

En primer lugar, M. señala que la planificación le ha ayudado a ser más eficaz con los trabajos de la universidad, a disminuir la percepción de estrés y, en consecuencia, a reducir el nivel de ansiedad.

M. comenta que podría presentarse al proceso de selección para formar parte del proyecto con repercusión mediática en de diferentes formas, por tanto, se elabora un esquema con los beneficios y costes que tendría en cada una de ellas para facilitar la toma de decisiones y se reflexiona sobre el significado que tendría ser rechazado. Además, M. reconoce que haber decidido presentarse de nuevo le está generando ansiedad.

En este punto, se conecta con la sensación de “vacío” que identificó en situaciones desagradables y se lee el cuento denominado con ese mismo término. Con esta historia de Anna Llenas (2015) se pretende conectar con la idea de pérdida y cómo el hecho de intentar evitar aceptar la situación dificulte conectar con las necesidades de uno mismo. M. identifica que él ha intentado llenar ese vacío que dejó la expulsión del proyecto de diferentes maneras, por ejemplo, con la relación de pareja y las fiestas. La clave ahora está en continuar escuchándose a sí mismo para aceptar la situación e identificar qué necesita en cada momento.

Por otro lado, M. afirma que ha tenido una relación sexual penetrativa con otro chico en la que se ha sentido mucho más cómodo y tranquilo que en las anteriores situaciones.

Vigésima-segunda sesión

Hasta el momento M. ha funcionado con visión de túnel, es decir, en función de los acontecimientos daba más importancia a su situación personal, de pareja o profesional. Sin embargo, ahora se ha percatado que todas las áreas están conectadas y forman parte de sus intereses por lo que se siente desbordado.

Además, esta semana se ha producido un reencuentro con B. en el que M. se da cuenta de que necesita que se preocupe también por él y decide cortar definitivamente con la relación. M. afirma “me siento orgulloso, pero duele mucho” y reconoce que

manteniendo el contacto con B. evitaba sentir el dolor y conectar con la pérdida, identificando que necesita aceptar la situación.

Por primera vez, M. conecta con la sensación de miedo y consigue llorar en sesión. Se refuerza este momento y se relaciona con la idea, trabajada durante la intervención, del control interno haciendo hincapié en la importancia de valorar el esfuerzo que ha realizado y no solo el resultado que se obtenga de cada uno de los objetivos propuestos para este año.

3. RESULTADOS

En la Tabla 11 aparecen los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento, mostrando las puntuaciones registradas en el momento inicial y actualmente.

Tabla 11. Resultados del tratamiento de M.

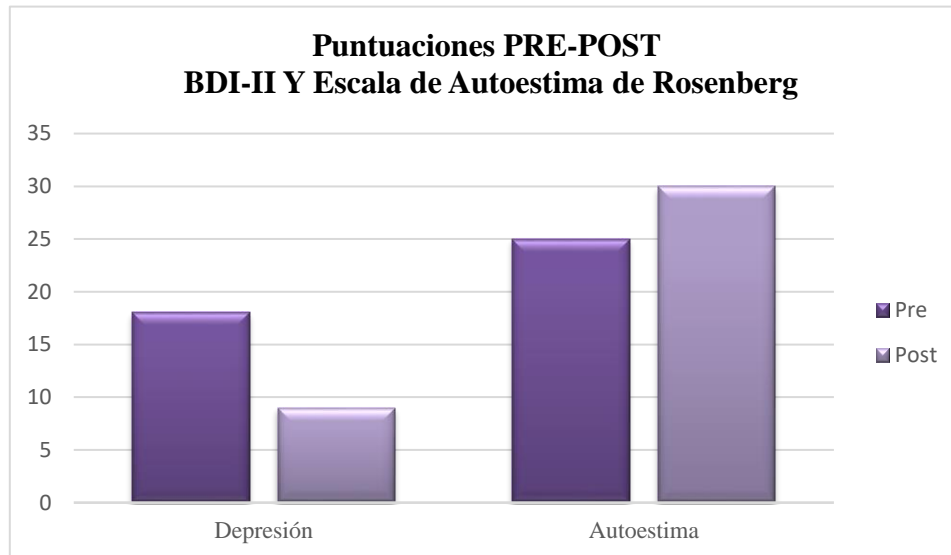
		PRE	POST
		Puntuación Directa	
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)		18	9
Escala de Autoestima de Rosenberg		25	30
		Centiles	
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	Sistema de Respuesta: Cognitivo	95	80
	Sistema de Respuesta: Fisiológico	95	95
	Sistema de Respuesta: Motor	95	80
	Sistema de Respuesta: TOTAL	95	90
	I. Situaciones que implican evaluación y asunción de responsabilidades	95	90
	II. Situaciones sexuales y de interacción social	85	80
	III. Situaciones fóbicas	80	40/45
	IV. Situaciones habituales o de la vida cotidiana	99	99
	I. Autoexpresión en situaciones sociales	80	75
	II. Defensa de los propios derechos como consumidor	15	10
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	III. Expresión de enfado y disconformidad	75	50
	IV. Decir “no” y cortar interacciones	55	40
	V. Hacer peticiones	40	55
	VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	40	52
	Global	52	58

Como se puede observar en la figura 11, tanto el estado emocional como la autoestima de M. han mejorado pasando de un grado de depresión leve (PD: 18) a depresión mínima (PD: 9), en el Inventario de Depresión de Beck-II y, de autoestima baja (PD: 25) a elevada, considerada como sana (PD: 30).

Analizando los ítems que forman el BDI-II se observa que desaparece la sintomatología relacionada con la pérdida de energía e intereses que M. indicaba antes

de la intervención. En el ítem 7, insatisfacción con uno mismo, continúa marcando “1. He perdido confianza en mí mismo” aunque añade con su letra, “pero tengo mucha más”. Y, por último, señalar la diferencia que se observa en el ítem 8, autocríticas, pasando de “0. No me critico o me culpo más que antes” a “1. soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser”.

Figura 11. Puntuaciones Pre-Post. BDI-II y Escala de Autoestima de Rosenberg



Como se muestra en la figura 12, el nivel de ansiedad de M. continúa siendo elevado, aunque se observa una disminución de la puntuación total de ansiedad rasgo (centil 90). Así mismo, la puntuación en el sistema de respuesta cognitivo y motor ha disminuido, pasando del centil 95 al 80 en ambos, mientras que la puntuación en el sistema de respuesta fisiológica no ha variado (centil 95).

Analizando cada rasgo específico, se observa que ha disminuido la ansiedad ante situaciones de evaluación, interpersonales y fóbicas, a pesar de continuar en un nivel elevado. Sin embargo, la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana se sigue percibiendo con la misma intensidad por M. (figura 13).

En concreto, se ha comparado la puntuación otorgada a los ítems que constituyen el factor de ansiedad interpersonal al estar formado por situaciones íntimas, obteniendo diferencias pre-post, especialmente, en la respuesta del sistema cognitivo. En el ítem 7. “si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima”, la frecuencia en respuesta cognitiva “doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme” pasa de ser “casi siempre” (4 puntos) a “unas

veces sí otras no” (2 puntos). En el ítem 15, “cuando voy a una cita con una persona del otro sexo” la respuesta cognitiva “siento miedo”, al inicio era “muchas veces (3 puntos)” y, tras la intervención, pasa a ser “pocas veces (1 punto)”.

Figura 12. Puntuaciones Pre-Post en los Sistemas de Respuestas del ISRA

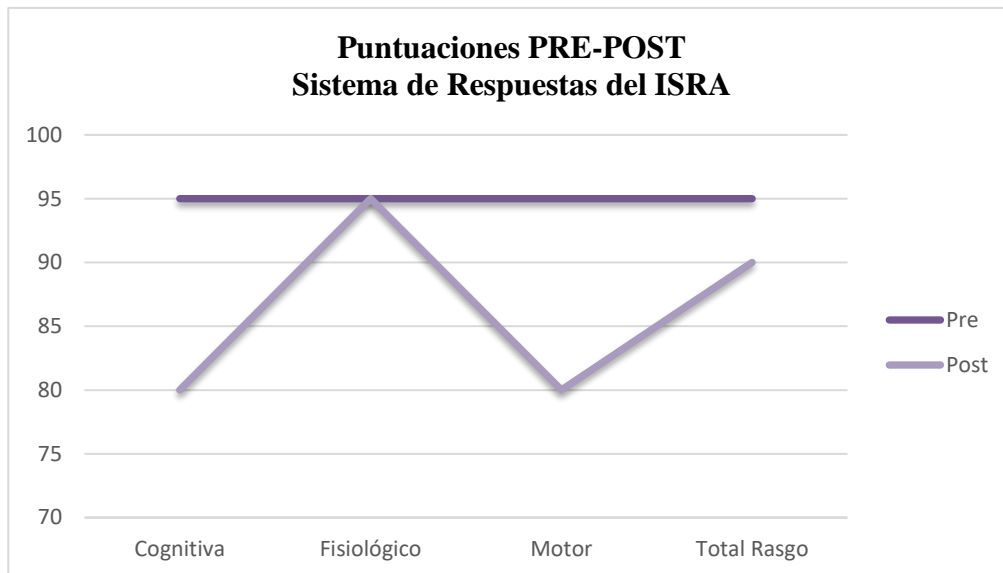
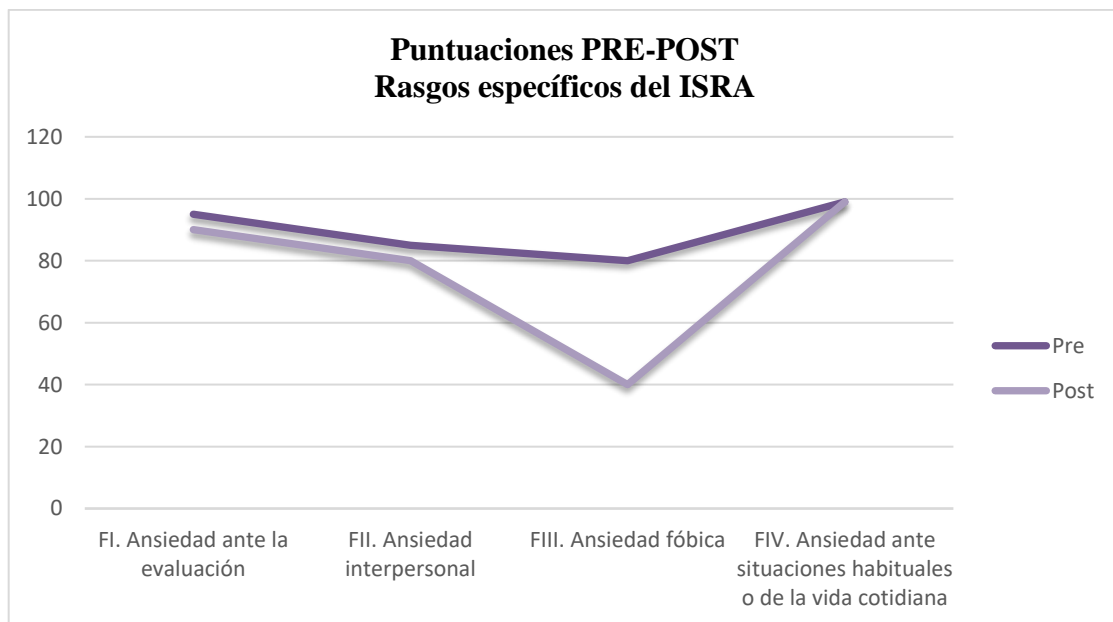


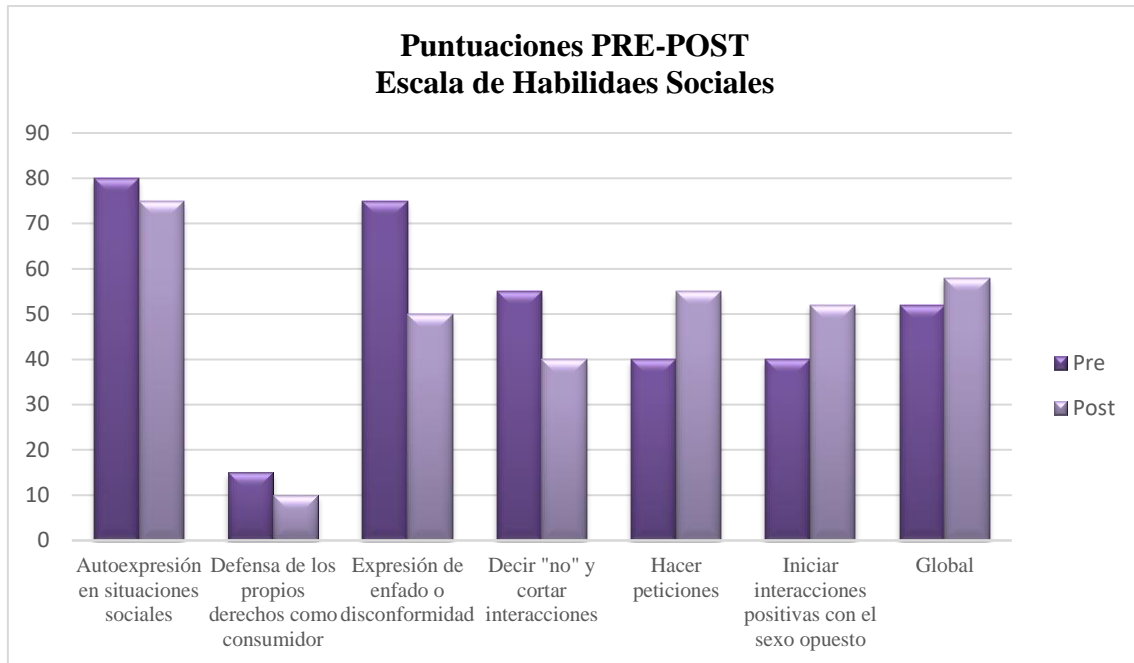
Figura 13. Puntuaciones Pre-Post en Rasgos Específicos del ISRA



La puntuación global en la Escala de Habilidades Sociales ha aumentado, permaneciendo, en la media de la población (Centil 58). Entre los factores analizados podemos observar que, algunos han incrementado con la intervención y en cambio, otros han disminuido. A pesar de ello, exceptuando el factor “Defensa de los propios

derechos como consumidor” con un centil 10, la puntuación obtenida muestra que el nivel de habilidades sociales de M. está en la franja media (ver figura 14).

Figura 14. Puntuaciones Pre-Post en la Escala de Habilidades Sociales



4. CONCLUSIONES

El presente estudio se realiza tras seis meses de tratamiento y, aunque no se da por finalizada la intervención, se pueden observar mejoras significativas en M. En este momento del proceso terapéutico se han conseguido la mayoría de los objetivos planteados.

El malestar emocional ha disminuido, aumentando su estado de ánimo, estableciendo un autoconcepto más acorde a su realidad y mejorando el nivel de autoestima. De hecho, Sanz et al. (2003) proponen que, con una puntuación igual o menor de 9 en el BDI-II se puede considerar que el individuo ha mejorado de forma clínicamente significativa, al ser esta puntuación la media de la población española. Evaluando los subobjetivos planteados en este área, habría que seguir trabajando la disminución de la frecuencia e intensidad de ansiedad ya que continúa siendo elevada.

La gestión de relaciones interpersonales en el contexto de pareja ha mejorado, observándose una disminución en la ansiedad que generaba a M. establecer relaciones de intimidad y/o sexuales, especialmente, a nivel cognitivo. Además, se percibe un incremento en la calidad de su vida sexual al tener una visión más amplia de cómo vivir la sexualidad, haber ampliado su repertorio de prácticas eróticas, así como haber aumentado sus niveles de erotofilia. Otro indicador de esta mejora sería la frecuencia con la que se comporta de manera fluida evitando, en menor número de ocasiones, situaciones que no están bajo su control. Por ejemplo, mantener relaciones sexuales no planificadas.

En la competencial social de M. también se observa una evolución favorable a pesar de que en la Escala de Habilidades Sociales se muestre que algunos de los factores evaluados han disminuido tras la intervención. Esto podría explicarse debido a la toma de conciencia de M. de cuáles son realmente sus competencias. Al inicio, las relaciones sociales de M. eran superficiales, conseguía establecer conversación y agradar al resto fácilmente por lo que se atribuía buenas habilidades sociales e incluso manipulativas. Sin embargo, esto le era posible evitando sus necesidades y, por tanto, la evaluación negativa del resto.

En consecuencia, con el entrenamiento en habilidades de comunicación, la conexión con sus necesidades y la mejora del autoconcepto, M. ha identificado sus dificultades para desenvolverse en algunas situaciones, como puede ser la expresión del

enfado. Además, se ha conseguido mejorar la capacidad para realizar peticiones e iniciar interacciones positivas en relaciones de pareja y/o intimidad. Así mismo, durante la intervención se ha observado la evolución en el control de impulso por parte de M., valorando las posibles consecuencias antes de tomar una decisión, y ha comenzado a desarrollar su tolerancia a la frustración, aspecto que aún hay que seguir trabajando.

Uno de los hitos más importantes conseguidos en la intervención con M. ha sido la toma de conciencia acerca de sus potencialidades, debilidades y emociones, hecho que se refleja, objetivamente, en el ítem de autocrítica del BDI-II. Esto también puede explicar que, aunque se observa un descenso en la respuesta de ansiedad, esta sigue siendo elevada, en parte, porque M. ahora identifica con más claridad estos síntomas.

La continuidad del tratamiento de M. será necesaria para asegurar todas las habilidades y estrategias adquiridas, así como continuar con la intervención para conseguir disminuir el nivel de ansiedad y seguir desarrollando la tolerancia a la frustración. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos hasta el momento, se puede predecir que la evolución de M. sería favorable alcanzando los objetivos propuestos al inicio de la intervención.

Este estudio aporta datos que apoyan la perspectiva del transdiagnóstico, al intervenir sobre constructos que están en la base de diferentes trastornos y no cumplir criterios explícitos de un diagnóstico concreto. Además, avala la idea propuesta por Hayes (2008) sobre la complementariedad de la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso al obtener resultados satisfactorios tras la utilización de técnicas que forman parte de ambos modelos.

Así mismo, se corrobora la modificación de los valores prioritarios en función del momento cultural en el que estemos inmersos (Ramírez, 2000). En M. se reflejaba la importancia de la imagen, de las redes sociales y de la necesidad de ser valorado positivamente por el entorno para ser reconocido e importante, valores que se potencian en nuestra sociedad actual. El éxito para M. consistía en obtener resultados favorables en todos estos aspectos. Sin embargo, tras experimentar el fracaso y con todo lo trabajado a lo largo de la intervención, ha conseguido dar valor al esfuerzo que hay que realizar para conseguir aquello que nos proponemos, siendo esta la clave para percibirse como una persona exitosa y no valorar exclusivamente el resultado final. En consecuencia, como ya dijo Sófocles, “el éxito depende del esfuerzo”.

5. REFERENCIAS

- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Farchione, T.D., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseaux, C. L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G., Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *BDI-II inventario de depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson PsychCorp.
- Belloch, A. y Fernández-Alvarez, H. (2005). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bernal, C. y Angulo Rasco, F. (2013). Interacciones de los jóvenes andaluces en las redes sociales. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, XX (40), 25-30.
- Centro TAP (2013) *Taller de fortalecimiento de una sana autoestima. Desarrollo y crecimiento personal*. Manuscrito no publicado. TAP Formación. Madrid.
- Collard, P. (2014). *El pequeño libro de mindfulness. 10 minutos al día para reencontrarse con la vida*. Madrid: Gaia.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., del Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX (3), 247-256.
- Estévez, A., Ramos, J. y Salguero, J. (2015). *Tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales*. Madrid: Síntesis.
- García, Z., Cano-Vindel, A. y Herrera-Martínez, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) en una muestra dominicana. *Pensamiento Americano*, 8 (15), 56-66.
- Gismero González, E. (2002). *EHS. Escala de habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid: TEA

- Gutiérrez, P. (23 de septiembre de 2016). *Los valores nos protegen, ¿Sigamos cultivándolos!* Disponible en: <http://www.centrotap.es/2016/09/23/los-valores-nos-protegen-sigamos-cultivandolos/>
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (2002). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (3ª ed.)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: a beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 286-295.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Miranda-Zapata, E., Riquelme-Mella, E., Cifuentes-Cid, H., y Riquelme-Bravo, P. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Habilidades sociales en universitarios chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46 (2), 73-82
- Llenas, A. (2013). *Vacío*. Albacete: Bárbara Fiores.
- Losada, A., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V. y Nogales, C. (2015). Atendiendo a las Variadas Problemáticas de los Cuidadores Familiares de Personas con Demencia: Aportaciones de la Terapia Cognitivo-Conductual y de la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y Salud*, 26 (1), 41-48.
- Loodts, F. (2014). *Los demonios caca*. Madrid: Grupo 5 Hotel Papel.
- Martín, L. (1 de diciembre de 2017). *7 claves para gestionar la necesidad de aprobación*. Disponible en: <http://www.centrotap.es/2017/12/01/7-claves-gestionar-la-necesidad-aprobacion/>
- Márquez González, M. (2016). *Tendencias actuales en intervención psicológica*. Madrid: Síntesis.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R. (2007). *ISRA. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (6ª ed.)*. Madrid: TEA.

- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., y Luciano, C. (2006). ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Ramírez Villafañez, A. (2000). *Éxito y fracaso cómo vivirlos con acierto*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad (1ª ed.)*. Buenos Aires: Paidós.
- Reyes, M. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21 (2), 7-18.
- Ruiz, A. (2000). La dramatización como forma de desarrollar la inteligencia emocional. *Indivisa: Boletín de estudios e investigación*, 1, 191-196.
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10:125-162.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Sanz, J., García Vera, M., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16 (2), 121-142.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.
- Snel, E. (2015). *Respirad. Mindfulness para padres con hijos adolescentes*. Barcelona: Kariós.
- Tortajada, I., Araña, N. y Martínez, I. (2013). Estereotipos publicitarios y representaciones de género en las redes sociales. *Comunicar*, XXI (41), 177-186.

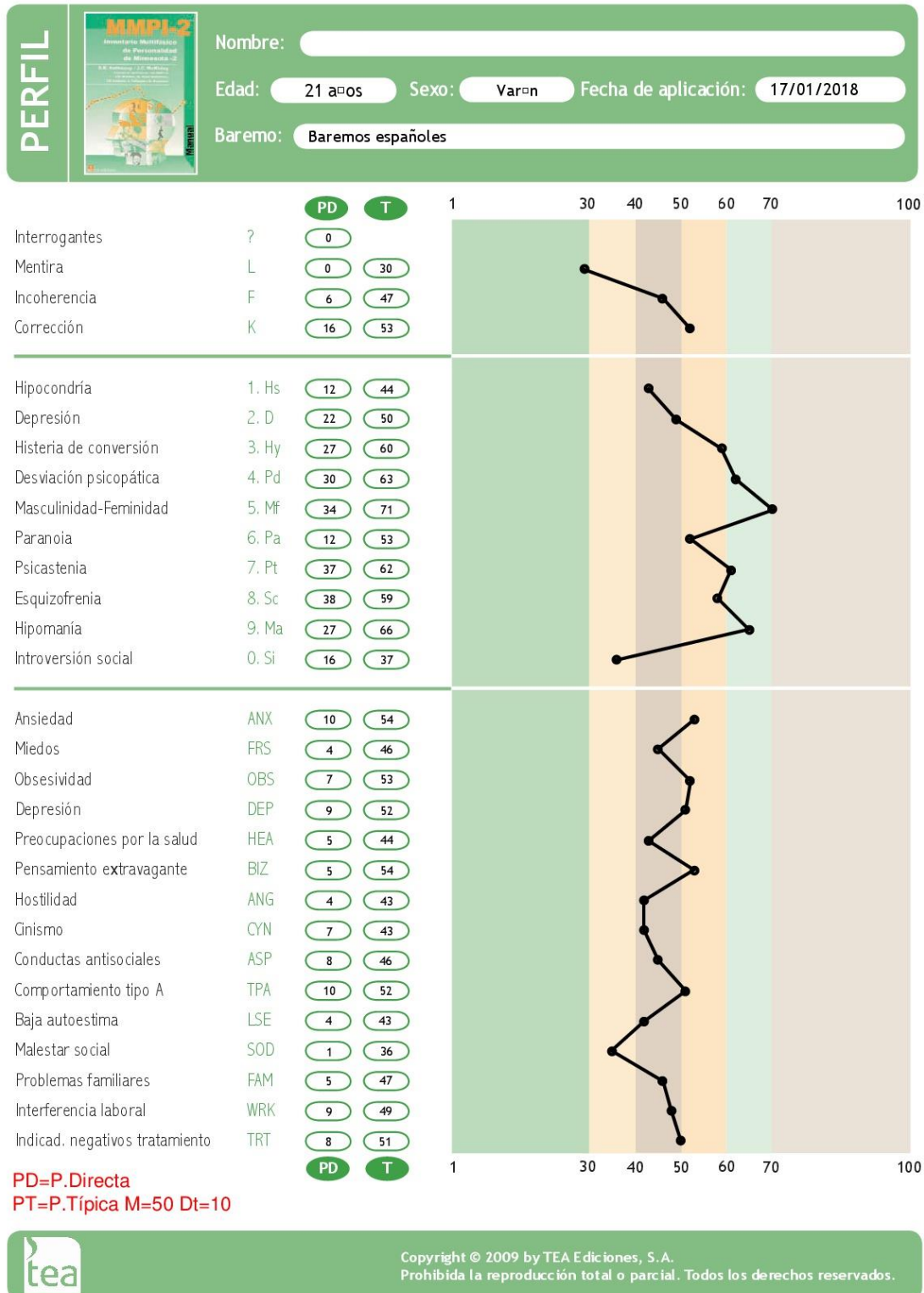
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. y Vázquez Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22, 247-255.
- Werner, K. y Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York, NY, US: Guilford Press.
- Wilson, K. G. y Luciano, M.C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores* (10ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Zanón Orgaz, I., Matías Lago, T., Luque González, A., Moreno-Agostino, D., Aranda Rubio, E., Morales Pillado, C., García Tabuyo, M. y Márquez-González, M. (2016). *Guía para elaborar de un análisis funcional del comportamiento humano*. Facultad de Psicología UAM. Disponible en: http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_analisis_funcional.pdf

ANEXO 1. Perfil obtenido en la evaluación de M. en el MMPI-2

(*) En las escalas marcadas con asterisco las puntuaciones típicas se calculan a partir de la tipificación española, tanto si se utilizan los baremos argentinos como los españoles.



Copyright © 2009 by TEA Ediciones, S.A.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.



ANEXO 2. Contrato terapéutico y consentimiento informado

La finalidad del presente contrato es especificar las condiciones generales del funcionamiento del programa clínico que Vd. va a comenzar con “Centro TAP”. En él se detallan, además, una serie de compromisos que deben ser respetados por las partes implicadas para su adecuado desarrollo.

CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA CLÍNICO Y COMPROMISOS DE CENTRO TAP

1. Centro TAP se compromete a velar por la adecuación científica y profesional de los programas de tratamiento.
2. El programa clínico de intervención se lleva a cabo respetando las normas recogidas en el Código Deontológico de la profesión (Colegio Oficial de Psicólogos). Ello supone, entre otros aspectos, la **confidencialidad** de los datos.
3. Las sesiones de tratamiento al comienzo de éste se llevarán a cabo con una periodicidad de una sesión semanal de 50 minutos de duración. En ocasiones, pueden variarse estos tiempos en función de las necesidades concretas de cada caso, siendo justificadas por necesidades particulares de la intervención.
4. Si la dificultad del problema clínico a tratar requiere unos recursos diferentes a los que puede ofrecerse dentro de Centro TAP, éste se compromete, si Vd. así lo desea, a informarle sobre otros profesionales o centros que se ajusten más a sus características particulares.
5. En caso, de ser menores los asistentes a consulta, serán los padres o tutores legales quienes se responsabilicen y firmen el presente contrato terapéutico.
6. En el caso de ser atendido por una terapeuta en periodo de prácticas, toda la información recabada en las sesiones se podrá utilizar en la elaboración de su trabajo final de Máster (TFM)

COMPROMISOS DEL CLIENTE

1. El cliente/paciente se compromete a asistir de forma regular y puntual a las sesiones de terapia. En aquellas ocasiones en las que le sea imposible acudir, deberá avisar con 24 horas de antelación como mínimo, de no ser así la consulta tendrá que ser abonada.
2. El cliente/paciente se compromete a realizar las tareas clínicas y trabajos personales indicados en cada momento por su terapeuta.
3. En los casos en los que sea necesario por indicación de sus terapeutas y previo acuerdo, el cliente/paciente se compromete a facilitar el contacto con cualquier familiar o persona allegada con objeto de mejorar la eficacia de la intervención.
4. El pago de las sesiones se efectuará al finalizar éstas, en efectivo o por transferencia, o bien a la finalización del mes en curso.

La firma del presente contrato terapéutico supone el consentimiento por todas las partes implicadas para que el programa de tratamiento se desarrolle conforme a las condiciones reseñadas.

En Madrid, a de 201

EL/LA PACIENTE

TERAPEUTA

Fdo.

Fdo

ANEXO 3. Registro de acciones comprometidas con los valores de M.

Esta semana me comprometo a realizar estas actividades en relación con:											
ÁREAS/VALORES	Actividades	L	M	X	J	V	S	D	Completada	Barreras encontradas	
1. Profesional											
2. Familia											
3. Amistad-ocio											
4. Pareja											
5. Formación											

ANEXO 4. Información facilitada para realizar el análisis DAFO

